ATENCIÓ A LES PERSONES AMB MALESTAR EMOCIONAL

RELACIONAT AMB CONDICIONANTS SOCIALS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

Autores:
Marta Castelló
Mª José Fernández de Sanmamed
Judit García
Mª Victòria Mazo
Juan Manuel Mendive
M. Mercè Rico
Aurora Rovira
Elena Serrano
Francesca Zapater

Coordinadores:
Mª José Fernández de Sanmamed
Elena Serrano
Francesca Zapater

Fòrum Català d'Atenció Primària

Març 2016

Per citar aquest document suggerim fer-ho de la següent forma:

Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016.

1a edició: març 2016

Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)
https://focap.wordpress.com/

Dipòsit legal: B-XX.XXX-2016

Producció gràfica: Lacontragrafica.com
Impremta: Service Point

Ho sento, no hauria de plorar aquí

La Marta plora a la consulta. Ve a explicar-me que tenia mals de cap, que no dorm bé. Jo la conec. Li veig la cara.

Què passa Marta? Què m'has d'explicar?

La Marta explica que acaba de tenir un problema laboral. No ha aconseguit la feina que ja tenia coll avall i en la qual havia posat tantes esperances.

Ha aconseguit una feina de neteja i de teleoperadora. No és allò que esperava.

No pot dormir. No té ganes de sortir de casa. No té amics. Ni família. La seva parella també té problemes laborals. S'ha tancat en ella mateixa.

Se sent tant sola!

Plora. Em demana permís per agafar un mocador de paper de la caixa que tinc a sobre la taula.

Perdona, em sap greu. No hauria d'haver plorat aquí

Per què no? Aquest espai (la consulta) pots usar-lo per a tot allò que et faci falta

La Marta se'n va pensant que jo, el seu metge de capçalera, no estic per aguantar els seus plors. Que no és la meva feina.

Quina és l'expectativa que la comunitat té sobre les tasques del metge de capçalera?.

Per què la Marta creu que no hauria de plorar a la meva consulta?.

Diaris de trinxera:

https://diarisdetrinxera.wordpress.com/2016/02/22/ho-sento-no-hauria-de-plorar-aqui/

ÍNDEX

PRESENTACIÓ

La crisi econòmica que es va iniciar el 2008 i les polítiques d'austeritat aplicades han produït un important patiment social. La sortida de la crisi a escala macroeconòmica s'està produint amb nivells insuportables de desigualtat, i els problemes d'accés a un treball digne o a l'habitatge no tenen perspectiva de resoldre's a curt termini. Estem ja en fase de cronificació de la pobresa d'un sector important de la població. El malestar psicològic relacionat amb la crisi i les pèrdues provocades per aquesta han evolucionat a un malestar relacionat amb la pobresa i la manca de perspectives de millora.

A les consultes d'atenció primària de salut (AP), el patiment causat per les dificultats socials té vàries maneres de presentar-se; ja sigui en forma de símptomes psicològics o en forma de símptomes orgànics. Les demandes que tenen l'origen en el patiment social sovint inquieten els professionals, que ens trobem amb poques eines per a la seva comprensió, categorització i intervenció. La nostra reacció davant el patiment psicològic de vegades és de negació o rebuig, per la impotència que ens provoquen. La resposta que hi donem sovint és medicalitzada, centrada en posar etiquetes diagnòstiques de malaltia a processos que no ho són i en l'ús de fàrmacs per tractar-ne les manifestacions clíniques.

La correcta orientació i atenció a l'AP del malestar psicològic de les persones influeix en la seva evolució, amb menys cronificació i menys medicalització. Això suposa fonamentalment actitud, habilitats i temps. El malestar emocional de causa social requereix un abordatge des dels recursos comunitaris, essent l'atenció primària i els serveis socials els àmbits més propers a la població, més coneixedors de les seves realitats i amb capacitat d'una intervenció més integradora i també més eficient.

Des del Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP), com a entitat de professionals, volem contribuir al coneixement de les repercussions de la crisi i les polítiques d'austeritat en la salut mental de la població i a la millora de la seva atenció. Volem optimitzar la valoració clínica que en fem els professionals de l'atenció primària i la nostra resposta. Per aquesta raó, fa un any ens vàrem proposar engegar un grup de treball per elaborar un document d'anàlisi i propostes per a l'abordatge d'aquest malestar emocional. A partir d'unes idees inicials, es va fer una convocatòria oberta per formar el grup els fruits del qual ara tenim la satisfacció de presentar. Aquest grup de treball, anomenat Grup de Reflexió i Acció, s'emmarca en el projecte SEPAC (Suport emocional a persones afectades per la crisi) impulsat per la Fundació Congrés Català de Salut Mental, que també ha promogut i dirigit grups de reflexió i acció en l'entorn comunitari.

Desitgem que aquest document sigui d'utilitat als professionals de l'atenció primària i que ens ajudi a donar una millor atenció a la població. Moltes gràcies als autors per la seva magnífica feina.

Ana Vall-llossera
Presidenta del Fòrum Català d'Atenció Primària
Barcelona, març de 2016

RESUM

La salut de les persones es configura a partir de múltiples factors, la majoria dels quals són aliens al sistema sanitari. Segons el model proposat per la Organització Mundial de la Salut (OMS) els determinants de la salut més importants són de naturalesa econòmica i social, és a dir, aquelles condicions amb les que les persones naixem, creixem, vivim, treballem i envellim. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España va adoptar un marc conceptual per explicar els factors determinants de les desigualtats en salut que distingeix entre determinants estructurals i determinants intermedis, i estableix uns eixos transversals de desigualtats que són la classe social, el gènere, l'ètnia, l'edat i el territori. La OMS també ha identificat els diferents determinants de la salut mental: les condicions socials circumstancials, el context social estructural i les característiques individuals.

El període històric que estem vivint es basa en processos de transformació tecnològica i econòmica que afecten l'estructura social i sotmeten les persones a tensions. És una transformació que té elements específics i diferenciats d'èpoques de canvi anteriors, degut a que emergeix un nou paradigma basat en la tecnologia de la informació i de la comunicació. A aquesta transformació social s'ha afegit una recessió econòmica de proporcions i durada desconegudes fins ara. Com a resposta, en la majoria de països d'Europa s'han aplicat mesures de reducció de la despesa pública i reformes dels sistemes de protecció social que no apaivaguen els efectes de la crisi, més aviat els empitjoren. Una de les mesures més significatives ha estat la reducció notable dels pressupostos destinats a protecció social i serveis sanitaris, acompanyada de la privatització de la provisió d'alguns serveis. Com a conseqüència, s'incrementen les desigualtats i empitjoren les condicions de vida de la població.

El deteriorament de les condicions de vida, la precarietat i la pobresa repercuteixen en la salut de les persones, en especial dels col·lectius en major risc d'exclusió social. Però no totes les persones afectades per problemes socials i econòmics esdevenen malaltes ni presenten un patiment emocional significatiu. Els mecanismes individuals i col·lectius per fer front a les adversitats estan funcionant i han permès a moltes persones reorientar la seva vida i els seus valors. La manera de fer front als canvis té a veure amb elements ideològics i culturals que conformen la nostra societat, amb la relació individu-societat, i amb la resposta subjectiva dels individus a les agressions socials. De totes maneres, hi ha persones que presenten un malestar emocional que els incapacita i els porta a demanar ajuda al sistema de salut. El malestar subjectiu pot ser explicat pels mecanismes psicològics relacionats amb els conceptes de dol, maltractament i victimització.

Tradicionalment, els serveis sanitaris han treballat amb una orientació cap a la malaltia mental i no cap a la salut mental, fet que ha dificultat la comprensió dels malestars i patiments emocionals. Això ha privat, en moltes ocasions, poder realitzar intervencions adaptades a cada pacient concret. Resulta especialment important i criticable l'absència d'un abordatge psicosocial en la comprensió diagnòstica, així com la poca importància que es dóna al coneixement de la persona i del seu entorn.

Els professionals d'atenció primària atenem una creixent demanda assistencial, secundària al malestar emocional relacionat amb la realitat social, econòmica, familiar i geogràfica que ens ha tocat viure. Són molts els motius de consulta que es generen pel malestar de causa social: ansietat, trastorns de conducta en nens i adults, tristesa, demanda d'atenció psicològica especialitzada, fòbies, temors o símptomes orgànics. Aquestes persones busquen alleujament al seu malestar emocional. El metge i la infermera de família hem d'atendre aquest tipus de demanda amb un posicionament empàtic i comprensiu amb la seva situació, oferint ajuda per poder alleujar el malestar.

Proposem un marc conceptual en el qual basar la interpretació i la intervenció sobre el malestar a les consultes d'atenció primària. Des de la interpretació

es considera que no existeixen malalties, sinó persones, amb la seva subjectivitat, que atorguen significats a les vivències. La idea de normalitat i de patologia com a elements dicotòmics ens allunya de la comprensió de la complexitat del concepte de salut. La persona i el seu malestar es donen en un context determinat, configurat per l'entorn socioeconòmic i els recursos materials, com són tenir o no treball, les condicions laborals i d'habitatge, els ingressos econòmics o el nivell educatiu. L'especificitat dels rols socials segons gènere impacten igualment sobre la salut. Els vincles familiars i socials condicionen tant les actituds saludables com els patiments. L'atenció individual haurà d'incorporar la visió familiar i la visió comunitària.

L'enfocament de la intervenció s'acull en el model salutogènic, que busca estratègies per identificar els aspectes saludables i els recursos propis de les persones, en comptes de centrar el treball sobre els seus aspectes menys sans. La comprensió àmplia del concepte de curar s'orienta no a buscar la normalització, sinó a alleujar, desbloquejar i trobar noves perspectives. Més que posar l'etiqueta adient per a cada persona ens interessa millorar el seu estat i disminuir el seu patiment; l'etiqueta diagnòstica no és un objectiu, tot i que en ocasions ens pot ajudar a comprendre el que està passant. Un dels valors principals de la relació assistencial és el respecte a l'autonomia de les persones, amb els seus valors, preferències i creences. La presa de decisions compartides és una manera de potenciar l'autonomia.

Les eines per a l'abordatge del patiment emocional que es proposen són totes elles a l'abast dels professionals de l'atenció primària i contenen enfocaments i mètodes propis. Algunes d'elles les utilitzem habitualment sense ser conscients que són intervencions de suport psicològic.

Entre les eines bàsiques s'inclouen: l'escolta activa i empàtica, el vincle assistencial, l'entrevista clínica, l'exploració física i la contenció terapèutica. Totes elles connectades amb elements essencials del nostre treball com són la centralitat de la persona atesa i l'habilitat comunicativa. Es refereixen també altres formes estructurades de suport psicològic com són l'entrevista motivacional i la tècnica BATHE.

Dins les eines que podem considerar més noves i específiques s'han inclòs: la medicina narrativa, la indicació de no-tractament, la prescripció social i les intervencions grupals. La medicina narrativa ens permet una comprensió més profunda de les vivències a través de les històries que ens expliquen les persones, així com trobar explicacions i donar coherència i significat a les seves experiències. Interpretar i acompanyar les narratives és un acte terapèutic. La indicació de no-tractament és una de les intervencions més representatives de la prevenció quaternària en salut mental. Està basada en l'ètica de la negativa i l'ètica de la ignorància. Es tracta d'una eina ben estructurada. La prescripció social és un concepte relativament nou que s'ha aplicat sobretot en el món anglosaxó. Fa referència a la capacitat que té el sistema de salut de promoure l'accés a recursos de suport de la comunitat per atendre problemes socioeconòmics, psicològics i malestars emocionals diversos. És una manera formal d'establir lligams entre individu i societat. Les intervencions grupals han estat utilitzades pels professionals de l'atenció primària en alguna de les seves formes des de fa temps. Aquí es repassen els diferents tipus i la seva aplicació en el malestar emocional.

En els annexos hi podem trobar informació complementària sobre: el model salutogènic i actius per a la salut, entrevista semiestructurada i experiències de prescripció social. Finalment, s'apunten unes quantes idees per a la recerca. Una extensa bibliografia dóna suport a tot el contingut del document.

1. INTRODUCCIÓ

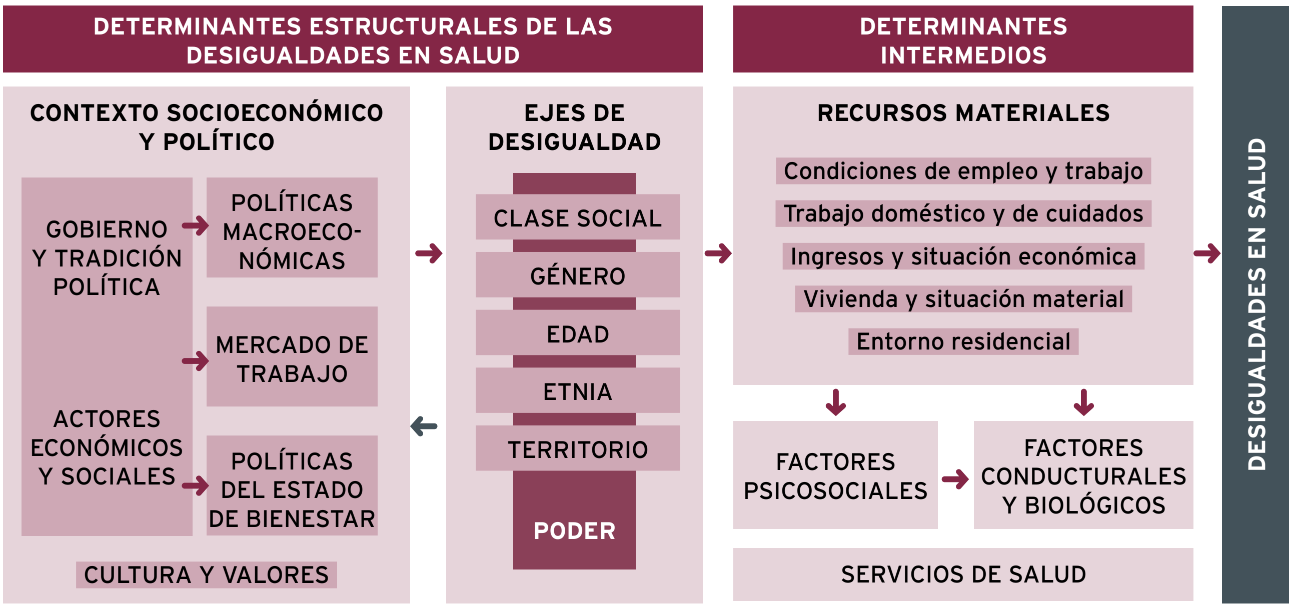
La salut de les persones es configura a partir de múltiples factors, la majoria dels quals són aliens al sistema sanitari. Segons el model proposat per la Organització Mundial de la Salut (OMS) els determinants de la salut més importants són de naturalesa econòmica i social, és a dir, aquelles condicions en que les persones naixem, creixem, vivim, treballem i envellim. Aquestes condicions determinen el grau de salut i les desigualtats socials en salut. La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España[1] va adoptar un marc conceptual per explicar els factors determinants de les desigualtats en salut, basat en diferents models existents (figura 1). El marc distingeix entre determinants estructurals i determinants intermedis de les desigualtats en salut, i estableix uns eixos transversals de desigualtats que són la classe social, el gènere, l'ètnia, l'edat i el territori.

La OMS també ha identificat els diferents determinants de la salut mental, que s'observen a la taula 1.

Les circumstàncies socials i l'estructura social del context (o estructura socioambiental) són determinants de la salut mental, a més de les característiques individuals. També especifiquen aquells factors que són adversos i aquells que són protectors de la salut mental[2].

Hi ha estudis que evidencien que el suport social –també conegut com a capital social– és un poderós factor protector tant individual com col·lectiu no només de la salut mental, sinó també de la morbiditat i la mortalitat generals[3]. Ben al contrari, l'aïllament social i la marginació estan relacionats amb una pitjor salut mental i un índex més elevat de mort prematura[4]. També hi ha evidència que les societats amb més teixit associatiu tenen millor salut i resisteixen millor les situacions de recessió econòmica, qüestió que estaria relacionada amb el concepte de resiliència [5,6,7].

Figura 1. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut.



Font: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España[1].

Disposem d'evidències de quins són els factors relacionats amb una millor salut mental en nens i adolescents, que s'exposen a la taula 2[8].

Queda palès, doncs, que més enllà dels factors individuals i biològics, la salut de les poblacions està condicionada, en gran part, per factors socials i contextuals que els clínics hem de conèixer i abordar.

Taula 1. Determinants de la salut mental segons la OMS

NIVELL	FACTORS ADVERSOS	FACTORS PROTECTORS
Característiques individuals	Baixa autoestima Immaduresa cognitiva/emocional Dificultats en la comunicació Malaltia mèdica, ús de drogues	Autoestima, autoconfiança Habilitat per resoldre problemes i manegar l'estrès i l'adversitat Habilitats comunicatives Bona salut física, estar en bona forma
Circumstàncies socials	Solitud, dol Família conflictiva, negligent Exposició a violència o abús Ingressos econòmics baixos i pobresa Dificultats o fracàs escolar Estrès laboral, atur	Suport familiar, social i d'amics Criança adequada, bona interacció familiar Seguretat física i percepció de seguretat Seguretat econòmica Bon rendiment escolar Satisfacció i èxit laboral
Estructura socioambiental	Pobre accés als serveis bàsics Societat injusta i discriminatòria Desigualtats socials i de gènere Exposició a guerra o desastres	Serveis bàsics accessibles i equitatius Justícia social, societat tolerant i integradora Equitat social i de gènere Societat segura per a totes les persones

Font: OMS[2]

Taula 2. Factors sociofamiliars relacionats amb una millor salut mental en infants i adolescents, amb evidència demostrada

1.	Tenir relacions positives amb mares, pares i altres familiars
2.	Viure en una família cohesionada, en aquella en la que hi ha sensació de justícia i confiança i en aquella que passen temps junts
3.	Disposar de xarxes socials de suport àmplies i saludables
4.	Per als més petits, que la seva família disposi de xarxes socials de suport àmplies i saludables
5.	Assistir amb freqüència a serveis religiosos
6.	Assistir a un centre escolar amb suport de qualitat i sentir-se segurs a l'escola
7.	Viure en un barri de qualitat amb pocs riscs i elevats nivells de control social

Font: Elaboració pròpia a partir del treball de McPherson et al[8]

PUNTS CLAU

Els determinants de la salut més importants són de naturalesa econòmica i social. També de la salut mental.

Els clínics hem de conèixer i abordar tant els factors individuals i biològics com els factors socials i contextuals.

2. EL CONTEXT ACTUAL. LES TRANSFORMACIONS SOCIALS I EL SEU IMPACTE

2.1. La transformació tecnològica

El període històric que estem vivint, es basa en processos de transformació tecnològica i econòmica que afecten l'estructura social i sotmeten les persones a tensions. És una transformació que té elements específics i diferenciats d'èpoques de canvi anteriors, degut a que emergeix un nou paradigma basat en la tecnologia de la informació i de la comunicació.

Les seves principals característiques són [9,10]:

- Un món globalitzat que es fa més petit i a la vegada més obert, amb una xarxa d'interaccions que semblen no tenir límits. La producció, el consum i la mà d'obra estan organitzats a nivell global.

- Vivim en una "societat-xarxa", caracteritzada per l'informacionalisme, que té el coneixement i la informació com a principal font de productivitat.

- El model d'Estat-nació està evolucionant a l'Estat-xarxa, en el qual l'autoritat es reparteix en una àmplia gamma d'institucions supranacionals, nacionals, regionals i organitzacions no governamentals que formen una complexa xarxa interactiva. Aquest canvi es produeix en un context de desil·lusió envers els governs per la seva incapacitat de donar resposta als problemes més locals.

- La privatització de l'Estat del Benestar. L'estat, mica a mica, abandona les seves funcions de solidaritat i la protecció social, que es transfereixen als individus, famílies i societat en general.

- La transformació del treball. El treball és molt més escàs, flexible i inestable, sense garantia per al futur. Per a les persones el treball ha deixat de ser un signe d'identitat.

- Canvis en el model de família. Substitució del model tradicional de família patriarcal per altres formes (separacions, divorcis, parelles amb vida en comú sense matrimoni, llars unipersonals, etc.).

- Un món sense fronteres (però sí amb barreres) que permet la lliure circulació de mercaderies però posa traves als processos migratoris i deixa a moltes persones en una situació administrativa en la que no tenen cap dret en les països d'arribada.

- Canvis en els valors. Dels valors col·lectius del bé comú s'ha passat als valors individualistes i de consum i mercat. La sanitat i la salut són percebudes com un gran mercat en el qual uns consumim i altres en treuen beneficis. La medicalització de la vida és un resultat d'aquesta mercantilització.

2.2. La recessió econòmica: les mesures d'austeritat i el seu impacte en salut

A aquesta transformació social s'ha afegit una recessió econòmica, que es va iniciar el 2008, de proporcions i durada desconegudes fins ara. A la majoria de països d'Europa s'han aplicat com a resposta mesures de reducció de la despesa pública i reformes dels sistemes de protecció social que no apaivaguen els efectes de la crisi, sinó que s'estan convertint en part del problema. Estan augmentant les desigualtats i empitjorant les condicions de vida de les poblacions. Una de les mesures més significatives ha estat la reducció notable dels pressupostos destinats a protecció social i serveis sanitaris, acompanyada de la privatització de la provisió de serveis. S'ha negat l'accés al sistema a grups de població per sí mateixos més vulnerables, com poden ser els immigrants en situació irregular.

La "crisi", que és un fenomen conjuntural, ha evolucionat a una situació d'empobriment que serà irreversible a curt termini, amb el conseqüent estancament de les males condicions econòmiques i socials i la cronificació del patiment, que es manifestarà en malestar emocional. Caldrà estar alerta a les formes de presentació d'aquest malestar, a les repercussions en hàbits i conductes de risc i a les noves necessitats que es poden generar.

El deteriorament de les condicions de vida, la precarietat i la pobresa repercuteixen en la salut de les perso-

nes, en especial dels col·lectius en major risc d'exclusió social. S'ha documentat que hi ha una pitjor percepció de salut, més risc de patir un problema de salut mental, un augment de suïcidis i d'ingressos per intent de suïcidi en persones majors de 65 anys, amb major afectació de les dones [5,11,12]. Les persones amb més vulnerabilitat social social tenen menys accés al mercat de treball i pateixen més exclusió sanitària. Sorprèn, no obstant, que la repercussió en la salut del greu empitjorament dels condicionants socials no sigui major. L'explicació és que les xarxes socials, fonamentalment la família, mantenen la supervivència del grup i són amortidores de la crisi. Cal tenir en compte, però, que un 25% de les llars a Espanya diuen no tenir cap ajuda en moments de necessitat degut a no tenir xarxa social o a que les famílies ja no tenen capacitat d'ajudar.

Les dificultats econòmiques han condicionat pitjors hàbits alimentaris amb les seves conseqüències sobre la salut. Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), el risc de patir mala salut mental ha augmentat en persones en atur de més d'un any de durada, situant-se en un 17,8%, quan el 2006 era del 14,9%, afectant més als homes. També s'ha observat un augment global del consum de risc d'alcohol en població aturada, amb major afectació d'homes, excepte en el grup d'aturats de més d'un any en el que disminueix el consum en els homes però augmenta sensiblement en les dones [11].

Pel que fa a les repercussions en els **infants i adolescents**, se sap que depenen de l'etapa en la que impacta la crisi: en etapes vitals més precoces, l'efecte és més important, greu i irreversible. Per exemple, en l'etapa pre i post-natal immediata, l'impacte es produeix per la malnutrició materna i baix pes al néixer. En l'etapa escolar, els efectes són sobre aspectes cognitius i del desenvolupament. En l'adolescència, sobre el rendiment acadèmic i la salut mental. És molt important també l'impacte en la salut dels pares, que repercuteix sobre el menor. Aquest model, desenvolupat en un estudi de Lundberg [13,14], té en compte que l'efecte pot ser immediat, però també, i especialment en la població infantil, pot tenir un període de latència i veure's l'efecte a llarg termini. En un estudi fet sobre la població espanyola s'ha observat que en el grup d'infants que han perdut l'habitatge o amb problemes d'alimentació, com per exemple no esmorzar, la probabilitat de patir un problema mental greu era 10 vegades més gran en nens i 5 vegades més gran en nenes respecte la població general [15].

En la **població immigrant**, tot i que hi ha pocs estudis, s'ha descrit la síndrome d'estrès crònic i múltiple (síndrome d'Ulisses), relacionat amb el procés de dol migratori i símptomes relacionats amb dificultats d'adaptació. La clínica que presenten són trastorns d'ansietat, depressius, somatitzacions i símptomes confusionals [16]. En situació de crisi, la vulnerabilitat del col·lectiu augmenta degut a la major exposició a factors de risc com poden ser la pèrdua de l'habitatge o de treball, pitjor suport social i el propi fracàs del projecte migratori. En un estudi comparatiu sobre l'estat de salut mental abans de la crisi (el 2008), i en plena crisi (el 2011), es va observar un empitjorament significatiu de salut mental en immigrants en atur, amb baixos sous o amb càrregues familiars [17]. A aquests factors s'hi haurien d'afegir les dificultats d'accés al sistema sanitari. Els problemes per incloure en els estudis als grups amb més marginació (indocumentats, sense habitatge habitual) poden fer menys visible un probable major impacte en salut mental.

També **l'afectació és diferent segons el gènere**. Encara que la primera fase de la crisi (2008-2009) va incidir especialment sobre l'ocupació masculina, a partir de 2010 la reducció de la despesa pública ha repercutit més sobre les dones. Les retallades afecten a les dones com a treballadores en sectors molt feminitzats (cures personals, sanitat, educació). També com a usuàries (reducció de polítiques d'igualtat i conciliació, reduccions en la prestació per atur o per la llei de la dependència, llars d'infants o menjadors) i fonamentalment per l'augment del treball de cures no remunerat. La funció amortidora que fa la família en època de crisi encara recau majoritàriament sobre les dones. De la mateixa manera, la precarietat laboral i la pobresa són majors entre les dones, amb col·lectius especialment vulnerables com les dones de famílies monoparentals, immigrants o ancianes. La vulnerabilitat econòmica, la convivència obligada i les tensions que es generen agreugen les desigualtats existents i augmenten el risc de violència masclista. Les manifestacions més freqüents són l'ansietat, el cansament, el dolor i altres símptomes somàtics inespecífics [18]. Per altra part, el rol masculí tradicional de proveïdor i sustentador de la família es perd amb la desocupació, i molts homes se senten aïllats i amb sentiments de culpa, vergonya, ràbia i tristesa que sovint els costa expressar. A alguns els resulta difícil trobar una nova identitat, en canvi, altres descobreixen noves activitats relacionades amb la feina de cures [11].

Les persones grans suposen un important grup de suport per als familiars més joves afectats per la crisi mitjançant l'ajuda econòmica, la criança dels néts, l'acolliment dels fills a l'habitatge propi i el suport emocional. Es pot considerar una nova forma de soli-

daritat, però al mateix temps pot obstaculitzar la independència i pot comportar relacions de convivència difícils o conflictives. L'actual crisi econòmica afecta negativament a les persones grans en termes financers, en dificultats d'accés a serveis de salut o socials i al fet d'enfrontar-se a noves formes de vulnerabilitat. Es veuen afectats per sentiments d'impotència, angoixa, retraïment social, desinterès envers la vida, i aïllament. Un gran nombre de persones grans han de fer front a excessives responsabilitats com per exemple tenir cura dels propis pares, dels fills i del néts[19,20]. La capacitat econòmica de les persones grans s'ha vist reduïda els últims anys per la congelació de les pensions ja de per si baixes (més en les dones), comportant pobresa energètica i pitjors hàbits alimentaris.

PUNTS CLAU

Arran de la crisi i l'empobriment hi ha una pitjor percepció de salut, més risc de patir un problema de salut mental, un augment de suïcidis i d'ingressos per intent de suïcidi.

Hi ha col·lectius més vulnerables als condicionants socials que són els infants, les persones grans i els immigrants. Els efectes de la crisi també són diferents segons el gènere.

3. ELS PROCESSOS D'EMMALALTIR I LES NOVES DEMANDES EN SALUT MENTAL

Ja s'ha comentat que no totes les persones afectades per problemes socials i econòmics esdevenen malaltes ni presenten un patiment emocional invalidant. De fet, els mecanismes individuals i col·lectius per fer front a les adversitats estan funcionant i han permès a moltes persones reorientar la seva vida i els seus valors. A nivell social hem vist el sorgiment de noves formes de resiliència (la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca, per exemple) i de mobilització en defensa dels serveis públics, que han ajudat a interpretar i donar sentit als canvis econòmics i socials i a la recerca de noves formes d'organització i/o de vida. Sens dubte, aquests moviments són elements protectors de la salut mental dels individus.

De totes maneres hi ha persones que han respost amb un malestar emocional que els incapacita i els porta a demanar ajuda al sistema de salut. Entendre quins són els mecanismes mitjançant els quals les persones emmalaltim a causa dels problemes socials ens ajudarà a definir una intervenció adequada. Aquests mecanismes tenen a veure amb elements ideològics i culturals que conformen la nostra societat, amb la relació individu-societat i amb la resposta subjectiva dels individus als factors-agressions socials.

En les societats de capitalisme avançat, existeix una escissió entre individu i societat que suposa un procés alienant que redueix la persona a un paper unidimensional (*homo economicus*) que la situa només com a part de l'engranatge i li impedeix desenvolupar la seva personalitat. L'escàs desenvolupament de la personalitat dels individus (en el sentit més ampli de potenciació de capacitats, discerniment i elecció) i la vertebració de la societat i de la nostra vida al voltant del consum de béns i serveis propicia la cerca de satisfaccions immediates i el rebuig del desconfort. La resposta individual i social al malestar, de manera congruent amb el marc social, ha estat la seva medicalització, és a dir, donar-li una categoria que no qüestioni les causes del malestar. Així s'enforteix, una vegada més, el consum i l'alienació. La medicalització amaga els atacs patits com a ciutadans i canvia la consciència dels fets: transforma allò social en individual; allò psicològic en genètic i biològic i l'autonomia en dependència addictiva. El resultat és l'atròfia de les capacitats de pensar i de fer front als malestars i als problemes comuns i un increment d'exigències al sistema sanitari, que els professionals podem viure com a irritants i sense sentit[21]. Molts símptomes que no constitueixen trastorns s'estan etiquetant com a tals i s'estan tractant amb fàrmacs.

Segons Moya, les vivències subjectives de qui perd el treball o veu vulnerats els seus drets són un conglomerat de sensacions d'inseguretat personal, d'amenaça, incertesa de futur i deteriorament de les relacions amb els altres, amb sentiments d'abandonament i desesperança, de ser "morts en vida", però sobretot d'autoculpabilització i aïllament social[10]. Apareix una nova forma de patiment caracteritzat per angoixa urgent i difusa. En aquest context, la tristesa davant allò que s'ha perdut i l'ansietat pel futur, per possibles noves pèrdues, són expressions del malestar psíquic del nostre temps. Les presentacions més freqüents són:

- sensacions de malestar físic (que a vegades s'interpreten com de causa somàtica)
- emocions com la tristesa, la culpa o la por
- pensaments hipocondríacs o idees de mort, vivències persecutòries (que busquen algun culpable)
- alteracions de la conducta com abús de substàncies, retraïment social o agressivitat cap als més dèbils

Aquestes vivències poden ser explicades pels conceptes de dol, maltractament i victimització[22]. El dol per les pèrdues que s'han produït (de feina, habitatge, dignitat, estatus social i llibertat). La percepció de maltractament per part dels causants de les pèrdues (empresaris, administracions, entitats bancàries...). I victimització basada en l'autoinculpació i el sotmetiment als agressors. La victimització és una resposta poc saludable i impedeix la cerca de solucions positives. En aquestes circumstàncies, si bé algunes persones poden desenvolupar un trastorn mental, la majoria no té cap trastorn, perquè si desapareix l'estressant desapareix el símptoma.

Tots aquests processos condicionen noves demandes en salut mental, tant en l'àmbit de l'atenció primària (AP) com de l'especialitzada, cercant una resposta mèdica. En moltes ocasions s'exigeixen explicacions i solucions ràpides, amb una actitud passiva i poc reflexiva. Sovint, el resultat de la consulta és la indicació d'algun fàrmac, que encara reforça més la victimització d'aquestes persones. No obstant això, cada persona és un món i requereix un enfocament individualitzat en funció de les seves característiques biològiques, de personalitat, de les seves experiències psicosocials prèvies i del grau d'afectació i d'incapacitat que presenti.

PUNTS CLAU

Els mecanismes individuals i col·lectius per fer front a les adversitats estan funcionant i han permès a moltes persones reorientar la seva vida i els seus valors.

Hi ha persones que han respost amb un malestar emocional que els incapacita i els porta a demanar ajuda al sistema de salut.

Cada persona requereix un enfocament individualitzat en funció de les seves característiques biològiques, de personalitat, de les seves experiències psicosocials prèvies i del grau d'afectació i d'incapacitat que presenti.

4. MODEL PREDOMINANT DE COMPRENSIÓ DE LA PATOLOGIA MENTAL: IMPLICACIÓ EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I NOVES PERSPECTIVES

Tradicionalment, els serveis sanitaris han treballat amb una orientació cap a la malaltia mental i no cap a la salut mental. Jorge L Tizón diferencia dues perspectives en la patologia mental. D'una banda la **perspectiva categorial**: hi ha malalties mentals ben definides i diferenciades i les persones sanes no les pateixen. D'una altra, la **perspectiva dimensional**: la patologia mental és un problema de grau o dimensions, tots tenim símptomes, i les persones que estan en els extrems d'aquestes dimensions són les que tenen una patologia i entre aquests extrems hi ha la "normalitat". Per això a vegades és difícil diferenciar entre normalitat i patologia[23].

Hem de tenir en compte que la concepció de salut mental ha experimentat importants canvis des dels anys 70 del segle XX, sobretot per l'adquisició, en aquells anys, del model biològic imperant en la resta d'aspectes de la salut. Així, es va medicalitzar de forma important la patologia mental, considerant els problemes mentals com a resultat de desajustos bioquímics. Una causa important d'aquesta situació es va deure a l'increment en el desenvolupament dels psicofàrmacs. Un reflex d'aquest canvi es va poder observar en el massiu consum de Prozac®, que en aquest cas, buscava aconseguir una estabilització del desequilibri bioquímic diagnosticant de depressió a qualsevol pacient amb patiment.

La publicació del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el 1980, com a manual de referència en patologia mental, va suposar etiquetar amb diagnòstics a moltes persones que no tenien una malaltia mental sinó un patiment. La possibilitat d'estandarditzar diagnòstics i tractaments en població molt heterogènia es va facilitar amb la incorporació de tests i proves diagnòstiques que volien objectivar el que en molts casos suposen valoracions subjectives del professional.

Certament, el model DSM-III adoptat per l'American Psyquiatric Association (APA), va tenir una gran acollida i un enorme impacte en la manera d'abordar els símptomes emocionals no només als EUA, sinó també en tota la comunitat científica internacional, incloent els diversos països europeus. L'enfocament DSM-III va ser seguit per successives revisions en el DSM-IV, i recentment, en el DSM-5. La facilitat que aquesta visió atorga a la possibilitat de classificar com a malaltes a moltes persones, ha estat també una de les causes del registre actual d'algunes malalties mentals com la depressió, que estan apareixent amb criteris d'epidèmia. Encara que amb menys intensitat en la repercussió sobre la salut mental de la població, també es pot estendre aquesta apreciació a la Classificació Internacional de les Malalties (ICD, en les sigles en anglès) en les seves successives versions.

Cada vegada més autors, com Kirsch, Whitaker i Carlat, qüestionen aquest enfocament i afirmen que no hi ha evidències científiques sòlides que estableixin una relació causal entre malalties mentals i desequilibris químics en el cervell en molts casos. Així, es fa èmfasi en el fet que darrere d'aquesta visió biologicista reduccionista pot existir un interès comercial. Marcia Angell[24], comentant els llibres d'aquests tres autors es pregunta: *"És la prevalença de malaltia mental realment tan elevada i continua pujant? En concret, si es considera que aquests trastorns estan determinats biològicament i no són el resultat d'influències ambientals, és raonable suposar que tal increment és real? Estem ara aprenent a reconèixer o diagnosticar trastorns que sempre han estat allà, passant desapercebuts? O per contra, estem estenent el criteri per a les malalties mentals, de manera que totes les persones en tinguin una? I què passa amb els medicaments que són ara la peça clau del tractament? Funcionen? Si ho fan, no hauríem d'esperar que la prevalença de les malalties mentals es reduís, en lloc de créixer? ".*

Aquestes preguntes ens porten a la reflexió. Cal tenir en compte que, quan parlem de diagnòstics, estem parlant d'etiquetar a una persona dins d'una classificació (DSM o ICD). Però en salut mental, aquests sistemes (basats en l'agrupació de símptomes) tenen problemes atès que hi ha un solapament entre les síndromes, amb fronteres confuses i dificultats per diferenciar els diversos trastorns (per exemple entre els

diferents trastorns depressius entre si i d'aquests amb els trastorns adaptatius, i inclús amb la tristesa normal).

Per als professionals d'AP, la transformació en malaltia del patiment emocional implica una autèntica epidèmia de malaltia mental. D'altra banda, aquest etiquetatge no té en compte el context en què es produeix i la dimensió subjectiva de qui la pateix (com la malaltia és viscuda i afrontada, quines conseqüències té per al subjecte i quins comportaments suscita en els altres).

Resulta especialment important i criticable l'absència d'un abordatge psicosocial en la comprensió diagnòstica així com la infravaloració de la importància del coneixement de la persona. Especialment dificultosa resulta per al professional d'AP la sobrevaloració i complexitat innecessària dels instruments diagnòstics estandarditzats (entrevista semiestructurada i test diagnòstics), comparat amb el diagnòstic basat en el coneixement del pacient.

En el moment actual, la recentment publicada versió del DSM-5 aprofundeix encara més en aquest enfocament que etiqueta i patologitza el patiment emocional humà, creant una confiança cega en els fàrmacs amb falses idees de substrat biològic que dificulta la recerca de les veritables causes del problema. També ha ampliat de forma substancial l'espectre de persones que haurien de ser etiquetades de trastorn mental, i segons els seus detractors, serà difícil trobar una persona que seguint aquest manual no hagi tingut o tingui un trastorn mental. Entre aquests detractors, Valdecasas[25] comenta: *"Tant el DSM com l'ICD constitueixen un cas sorprenent de publicació científica que no aporta cap referència bibliogràfica, encara que després es constitueixen a si mateixos com les referències bibliogràfiques fonamentals de la disciplina"*.

Afortunadament, cada vegada hi ha més veus de professionals de prestigi, institucions i associacions de professionals de la salut mental que advoquen per un canvi de model en l'atenció al sofriment emocional. És el cas de National Institute of Mental Health (NIMH), agència governamental dels Estats Units, la secció de psicologia clínica de l'Associació Britànica de Psicologia (British Psychological Society's DCP) i d'un ampli grup de psiquiatres del Regne Unit que en un comunicat titulat "No més etiquetes diagnòstiques", advoquen per l'abolició del DSM i CIE i donen suport al model de rehabilitació en salut mental. Diuen textualment *"El projecte del DSM no es pot justificar, ni en els seus principis teòrics ni en la pràctica. Ha de ser abandonat perquè puguem trobar formes més humanes i eficaces de respondre a l'angoixa mental"*[26]. A Espanya més de 100 entitats i institucions com la Federació Espanyola d'Associacions de Psicoterapeutes (FEAP) subscriuen també aquesta visió[27].

Si tenim en compte a la persona, en la seva visió holística que inclogui la completa valoració de l'entorn psicosocial, podrem pensar en un futur en què els professionals d'AP contemplem les diferents ajudes als problemes de cada pacient, preocupant-nos menys d'etiquetar el malestar emocional.

PUNTS CLAU

Tradicionalment els serveis sanitaris han treballat amb una orientació cap a la malaltia mental i no cap a la salut mental. Aquesta visió ha dificultat la comprensió dels processos de patiment i adaptació.

Si tenim en compte a la persona de manera holística ens centrarem més en buscar diferents ajudes que no pas en posar una etiqueta diagnòstica al seu malestar emocional.

5. L'ATENCIÓ AL PATIMENT EMOCIONAL QUE NO ARRIBA A TENIR ENTITAT DE TRASTORN

Cada vegada hi ha més sensibilitat i consciència social en salut mental, tothom en parla. Cada vegada es fa més palesa la interrelació entre professionals d'AP (metges de família, pediatres, infermeria) i de salut mental (psiquiatres, psicòlegs, infermeria especialitzada). A més, es constata un augment progressiu de les interconsultes que es reben als serveis sanitaris per part d'altres professionals com docents, educadors, professionals de l'administració de justícia i de serveis socials.

També cada vegada més, es qüestiona el tipus d'abordatge dels símptomes emocionals i dels trastorns adaptatius a l'estrès de la vida que estem fent des dels sistemes sanitaris, fins i tot es planteja que atès que no són trastorns, ni haurien de venir al sistema sanitari.

Una gran part dels símptomes emocionals aïllats i molts dels trastorns lleus (adaptatius o depressions), es resolen amb el suport i contenció del propi individu, de la família o de serveis informals de la comunitat. Però uns altres recorren als serveis sanitaris, fonamentalment a l'AP.

Retolaza, en un article publicat des de l'entorn dels serveis especialitzats en Salut Mental[28], planteja l'obligació del professional de preguntar-se: a qui cal tractar i a qui no?, cal atendre o no aquest cas concret?. Però al mateix temps, assenyala com el rebuig a qualsevol tipus d'intervenció (fins i tot la indicació de no intervenció o indicació de no-tractament, veure punt 7.4) sense una argumentació suficientment raonada i a l'abast del pacient, podria connotar un abandonament en l'obligació d'assistència, inherent a la pròpia ètica de tot sistema assistencial públic.

Si és així en l'atenció especialitzada ho és molt més en l'AP, porta d'entrada del sistema. A l'AP li correspon atendre a persones amb símptomes emocionals encara que no tinguin un trastorn, i no les podem "expulsar" perquè estan patint i se senten malament. El que sí és cert és que s'han d'atendre d'una altra manera, canviant el paradigma, construint nous coneixements i recuperant uns altres que hem deixat pel camí. S'han d'atendre sense caure en la medicalització i tenint cura amb el sobrediagnòstic i l'etiquetatge.

Actualment, els professionals d'AP atenem una creixent demanda assistencial, secundària al malestar emocional relacionat amb la realitat social, econòmica, familiar i geogràfica que ens ha tocat viure. Són molts els motius de consulta que es generen pel malestar de causa social: ansietat, trastorns de conducta en nens i adults, tristesa, reclam d'atenció psicològica especialitzada, fòbies, temors o símptomes orgànics. Aquestes persones busquen alleujament al seu malestar emocional. Moltes altres vegades és la pressió social la que motiva la demanda sense que la persona en senti la necessitat. És freqüent sentir: *"has d'anar al metge perquè tens una depressió", o per temor a l'organicitat dels símptomes: "vull saber com estic (a través d'anàlisis) i si no tinc res, ja em quedo tranquil"*.

Aquest desconfort no suposa necessàriament una patologia, tot i que comporta un grau de neguit important per a les persones que ho pateixen que fa molt convenient la seva atenció.

Resulta inevitable que un nombre significatiu de persones que experimenten problemes i el subseqüent malestar emocional, acabin buscant ajuda dels professionals de l'AP que podem actuar com a element de contenció, encara que de vegades aquest tipus d'atenció es pot convertir en paternalista i medicalitzadora si no s'utilitzen les eines adequades.

L'AP ha d'atendre aquest tipus de demanda amb un posicionament empàtic i comprensiu de la situació del pacient, oferint ajuda per poder alleujar el malestar.

PUNTS CLAU

Els professionals d'Atenció Primària atenem una creixent demanda assistencial, secundària al malestar emocional relacionat amb la realitat social, econòmica, familiar i geogràfica.

Encara que no presentin necessàriament una patologia, el neguit i el patiment de moltes persones fa convenient la seva atenció.

L'acolliment del malestar emocional ha de potenciar l'autonomia i evitar la medicalització.

6. ELEMENTS CONCEPTUALS PER A L'ABORDATGE DEL PATIMENT EMOCIONAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Com a conseqüència dels plantejaments fets en els anteriors apartats, proposem un conjunt d'elements conceptuals en els quals basar l'abordatge sobre el malestar a les consultes d'AP. En funció d'aquest marc conceptual proposarem eines per a la intervenció.

6.1. Enfocament des de la interpretació

6.1.1. No hi ha malalties, sinó persones. Partim del fet que el concepte de salut és una construcció social i subjectiva relacionada amb els discursos socials creats i acumulats en cada context històric, social i cultural.

Cada persona viu i expressa els seus problemes i patiments derivats de manera subjectiva, pròpia i singular. Per aquesta raó, és important tenir present que en la consulta no ens enfrontem a fets biològics sinó a persones amb la seva construcció i la seva subjectivitat que vénen determinades per la cultura –en el seu sentit més ampli– de cada grup social. La pobresa, la incertesa, la malaltia o la mort no tenen el mateix significat per a una persona de cultura occidental que per a una d'oriental o africana. La procedència geogràfica o la pertinença ètnica ha de ser tinguda en consideració en les nostres consultes. Tampoc els símptomes tenen el mateix significat per a totes les persones ni les mateixes implicacions per a la seva funcionalitat. De manera que es fa necessari conèixer i comprendre la particularitat per fer la intervenció més adient.

Els malestars psicosocials, que no poden ser desxifrats o expressats amb paraules, i que apareixen com a patiment anímic o corporal amb símptomes mal definits i sense causa orgànica demostrable, estaran influenciats per l'esfera social i psicològica que cadascú guarda en la seva biografia. Per al bon resultat de la pràctica assistencial, és decisiu que el professional d'AP, tot recolzant-se en coneixements científics, els traspassi per tenir en compte la subjectivitat de l'individu que consulta.

A més, hi ha una dificultat per discernir entre normalitat i malaltia en la vida real. Què és normal?, què és anormal?. La idea de normalitat en salut com a freqüència estadística i de patologia com desviament de mitjanes preestablertes ens allunya de la comprensió de la complexitat del concepte de salut. La salut i la malaltia han de ser enteses com un *contínuum*, on els límits entre allò que és normal i allò que no ho és són porosos i depenen de múltiples factors socials, personals, de la comunitat científica, etc. La salut i la malaltia no són categories excloents ni dicotòmiques: una persona realment malalta pot tenir parts molt sanes i molt preservades per al gaudi i el desenvolupament de capacitats personals. També cada persona té el seu criteri de normalitat. El no dormir, per exemple, pot ser intolerable per algunes persones o ser considerat normal per unes altres.

Cal tenir en compte que estem en una societat canviant en la que també canvien els valors, els significats i les expectatives de les persones, i per tant la construcció subjectiva de les seves experiències vitals. Allò que avui és causa de malestar, demà pot no ser-ho, i viceversa. Cal estar atents a com van evolucionant aquests elements, i ser capaços d'incorporar-los a la nostra pràctica fugint d'interpretacions estàtiques i rígides.

És més important un diagnòstic comprensiu i l'abordatge psicosocial en la interpretació diagnòstica, que l'etiqueta nosològica.

6.1.2. La persona i el seu malestar es donen en un context determinat.

Els determinants de salut s'apliquen tant a nivell poblacional com individual en funció del context en què es viu. Comprendre i interpretar les dificultats i els sofriments passa per incorporar els diferents elements que conformen l'entorn socioeconòmic i polític, així com els recursos materials considerats determinants entremitjos de desigualtat, com poden ser tenir o no treball, les condicions laborals o d'habitatge, els ingressos econòmics o el nivell educatiu.

En la valoració del context cal tenir en compte els diferents eixos de desigualtat en salut: la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia i el territori. Pel que fa a la

perspectiva de gènere, s'ha de comptar amb la influència dels ideals de feminitat i masculinitat, així com de la socialització de gènere en la construcció de la subjectivitat de les persones i l'impacte d'aquests rols socials en la seva salut. La morbiditat diferencial segons gènere té a veure amb la diferent vulnerabilitat biològica, amb la presentació i evolució diferent de les malalties, així com amb els diferents estils de vida, condicionants de vida i els rols dins l'estructura familiar i social.

Els aspectes sans i els no tan sans es donen en relació als altres, és a dir relacionalment. El patiment humà, les vivències i els símptomes requereixen ser pensats en el si de les relacions socials en què es generen, sense necessitat de ser traduïdes a la lògica de processos patològics. Els mecanismes de dol, maltractament i victimització, que són a la base de les respostes no saludables a les agressions produïdes per condicionants socials, es donen en relació a factors econòmics, polítics o laborals, que la persona entén com aliens. Identificar aquests processos conjuntament amb el pacient, i descobrir noves formes d'interpretar allò que li està passant i noves formes de fer-hi front pot ajudar a disminuir el malestar i trobar perspectives de futur. La construcció d'una manera de pensar pròpia, el discerniment i l'elecció, orienten les persones cap a una relació amb l'entorn i les causes del seu malestar menys alienada i cap a un major desenvolupament de capacitats.

6.1.3. Els vincles familiars i socials condicionen els patiments i les actituds saludables.

A la consulta s'ha d'anar considerant la particularitat i la generalitat, conjugant la relació que estableixen cadascun dels matisos que defineixen els dos mons. S'ha de posar en pràctica l'evidència existent sobre el caràcter protector per a la salut en general i per a la salut mental en particular dels vincles familiars i socials, especialment en temps de recessió econòmica. Això significa realitzar una atenció individual però amb:

Visió familiar i, com plantegen els professionals de salut mental sistèmics, tenir sempre a la família completa al cap del professional: història clínica, entrevista, genograma. Encara que no són sempre imprescindibles, no ens hem de tancar a les entrevistes familiars i als abordatges familiars des de l'AP en algunes situacions.

Visió comunitària: promovent, utilitzant i potenciant els recursos comunitaris (mapatge d'actius, prescripció social, etc.). Això vol dir "treballar des de la consulta mirant el carrer", veure les accions comunitàries des de la conceptualització d'"els actius per a la salut" i "la salut positiva" (veure Annex 1). Aquest model d'actius en salut parteix de la convicció que les comunitats tenen experiències, habilitats, líders, etc., que són immensament valuosos per a la salut individual i comunitària. Significa detectar i col·laborar amb els recursos comunitaris i culturals existents.

PUNTS CLAU

El concepte de salut és una construcció social i subjectiva relacionada amb els discursos socials de cada context històric i cultural.

La construcció d'una manera de pensar pròpia, el discerniment i l'elecció orienten les persones cap a una relació amb l'entorn menys alienada i cap a un major desenvolupament de capacitats.

Els vincles familiars i socials tenen un caràcter protector per a la salut en general i per a la salut mental en particular. L'atenció individual s'ha de complementar amb la visió familiar i comunitària.

6.2. Enfocament des de la intervenció

L'esquema descrit fins ara recull els elements necessaris per a la interpretació de les consultes derivades d'un malestar emocional per les condicions socioeconòmiques. A continuació es descriu l'enfocament per realitzar la intervenció.

6.2.1. Model salutogènic

S'ha de considerar que la salut positiva és una forma d'entendre les accions de salut enfocant cap a allò que fa que les persones, les famílies i les comunitats millorin en la seva salut i augmentin el seu control sobre ella. Per això és necessari que els sistemes sanitaris trobin camins per entendre els patrons saludables com a factors de protecció, en lloc de centrar-se en els patrons de malaltia. Estudiar els efectes del con-

text, la complexitat dels barris i les xarxes socials de suport (els mecanismes que vinculen els actius afavoridors de salut amb el canvi), és consistent amb els enfocaments salutogènics.

En lloc de serveis que s'enfoquin a reduir l'exposició al risc, es necessita un canvi orientat a facilitar i donar suport al benestar de les persones, les famílies i les poblacions. Així doncs, es requereix que tots els organismes i les comunitats col·laborin i inverteixin en accions que fomentin les polítiques d'actius en salut, amb el convenciment que prevenen malalties i beneficien a tota la comunitat mitjançant la reducció del pendent del gradient social en salut[29].

Plantejar la perspectiva de la salut positiva implica tenir una orientació salutogènica a la consulta i en l'atenció individual. Això significa trobar estratègies d'entrevista que facin aflorar els recursos propis de les persones ("estirar des de les seves capacitats, recursos i aspectes sans") i que permeti identificar els aspectes saludables de la persona. Els "actius en salut o per a la salut" posen en valor la idea que les persones són capaces de fer coses per a la seva salut aprenent a respondre els reptes biopsicosocials.

El model salutogènic (veure annex 1) es basa en:

- Considerar el benestar/salut i el malestar/malaltia com els extrems d'un continu i no com a entitats oposades.
- Preguntar-se per l'origen del benestar/salut i com enfortir-lo (en lloc de l'enfocament patogènic centrat en les causes i anàlisi de la malaltia).
- Els factors estressants no són intrínsecament negatius, poden tenir conseqüències beneficioses en funció de les capacitats de les persones per resoldre'ls.

6.2.2. Concepció àmplia del concepte de curar

La relació amb els pacients és asimètrica i exigeix una confiança recíproca. La forma en què poden arribar a convergir l'eix on se situa la ciència (i on s'emmarca la possible malaltia observada i classificada) i l'eix on se situa la vivència i la història de cada persona, és a través de la pràctica de la narració.

Cal entendre que curar no és passar a la normalització d'allò que està "alterat" fisiològicament o conductual, sinó alleujar, desbloquejar una situació o fer el pas d'un escenari a un altre amb noves perspectives. Cal tenir en compte que curar i acompanyar són conceptes que en la majoria de situacions no signifiquen el mateix per als professionals i per als pacients. Què signifiquen per a uns i per als altres?. Als pacients, en general, els interessen aspectes relacionats amb la qualitat de vida, el dolor, la pèrdua de la independència o la limitació de capacitats funcionals (com la capacitat de treballar, de cuidar els altres), i poden percebre bona salut malgrat tenir malalties i limitacions. Els professionals, en canvi, estem més interessats per la presència d'una malaltia i la seva evolució. Per exemple, davant d'una persona diabètica el professional tendeix a centrar-se en el correcte control i prevenció de complicacions, mentre que la persona afectada, que *"té el sucre alt"* o *"una mica de sucre"*, valora més les limitacions dietètiques o els inconvenients del tractament amb insulina.

En aquests escenaris en particular, i en la pràctica clínica en general, la narració i l'exploració continuen sent dos recursos que tindran influència tant en la relació i confiança que s'estableix, com en l'efecte terapèutic. En la relació professional-pacient s'ha de reconèixer l'existència de sentiments i actituds sorgits de la mateixa interacció i la manera com condicionen la presa de decisions i els matisos relacionals. Així mateix, s'ha d'acceptar, tant per part del professional com del pacient, que hi ha situacions que no es mouen ("cronificades"). El millor curs intermedi d'acció, a vegades, és plantejar "l'esperar i veure", donant valor a la narració realitzada, a l'acompanyament del pacient i al fet que en ocasions és millor no intervenir.

6.2.3. Qüestionar el valor de les etiquetes diagnòstiques

Quan la persona comparteix de forma oberta el seu malestar emocional o ho fa a través de símptomes inespecífics que no encaixen en cap orientació diagnòstica, hauríem de tenir present que el seu objectiu potser és diferent de trobar un diagnòstic, i que allò que busca és:

- Que els seus símptomes físics siguin reconeguts per algú significatiu, com un professional sanitari.
- Que aquests símptomes siguin legitimats i ordenats en un marc de malaltia.
- Que el seu patiment sigui considerat únic i difícil de comprendre, fins i tot per una autoritat mèdica[30].

Tot i la dificultat per diferenciar la normalitat de la malaltia en la vida real, es tendeix a associar els símptomes amb etiquetes diagnòstiques basant-nos en agrupacions sindròmiques, una associació que porta de forma simultània al tractament (quasi sempre farmacològic). S'ha de plantejar una classificació diagnòstica orientada a la pràctica clínica i més dimensional que categòrica. Per exemple, com plantegen Perez-Franco i Turabian: 1/ malestar que requereix

d'intervencions no específiques, 2/ malestar que requereix d'intervencions específiques i 3/ trastorns psiquiàtrics severs [31].

Més que trobar l'etiqueta adient per a cada problema o persona, ens interessa millorar el seu estat i disminuir el patiment. Les etiquetes, en ocasions, ens ajuden a comprendre el que està passant i com podem intervenir, però l'etiqueta en si mateixa no és cap objectiu. En aquest sentit, hauríem de ser reflexius i crítics davant de certs requeriments que inciten a posar més diagnòstics a les històries clíniques (es diu que tenim infradiagnosticada la depressió, per exemple), i utilitzar les classificacions i diagnòstics en funció del benefici en cada pacient concret. Posar un diagnòstic clínic a un problema social pot tenir implicacions assistencials i epidemiològiques desastroses. La utilització dels codis Z (taula 3) de la CIE10 (problemes de diferents àmbits de la vida) ens pot ajudar a no medicalitzar i a visualitzar l'impacte dels condicionants socials en la salut de les persones.

Taula 3. Alguns exemples de codis Z

Z56	Problemes relacionats amb l'ocupació i l'atur
Z59	Problemes relacionats amb l'habitatge i les circumstàncies econòmiques
Z60	Problemes relacionats amb l'ambient social
Z61	Problemes relacionats amb fets negatius en la infantesa
Z63	Altres problemes relacionats amb el grup primari de suport, incloses les circumstàncies familiars

Font: Elaboració pròpia

6.2.4. Potenciar l'autonomia i les decisions compartides

També cal considerar l'enfocament de les accions a la recuperació de l'autonomia i al control de les persones sobre la seva pròpia salut. Hi ha autors que plantegen que l'enfocament actual i la pràctica de la ciència mèdica està provocant una expropiació de la salut, restant a les persones autonomia i tota la seva capacitat per valorar i avaluar el seu estat de salut (necessiten anar al metge perquè els diguin si estan sans). Això ha conduït a una infantilització i pèrdua de control que cal recuperar per fomentar l'apoderament sobre la pròpia salut [32].

Respectar l'autonomia dels individus com un dels valors principals de la relació professional-pacient no implica considerar que el que "pren el comandament", unilateralment, és el pacient. L'escenari ha de ser aquell en el qual el professional aportarà els seus coneixements cientificotècnics i la seva experiència per establir la indicació adequada, i el pacient aportarà els seus valors, les seves preferències i les seves creences. Però el professional, en funció del coneixement de la persona, de la seva biografia i del seu entorn, també aportarà interpretacions i propostes de les possibles vies d'acció. El més adequat, per tant, serà el resultat de la ponderació prudent de les obligacions derivades del respecte a l'autonomia i la beneficència, en un marc preestablert per la no-maleficència i la justícia [33,34].

El model de decisió compartida supera el model paternalista, que en les situacions de malestar emocional és freqüent aplicar: *"el que vostè ha de fer és sortir de casa, anar al casal o al gimnàs"*. En les decisions compartides, s'exploren de manera conjunta possibles alternatives i es facilita que l'individu opti per alguna d'aquestes. A partir d'aquí s'estableix el compromís compartit per tirar endavant tal o qual actuació i el seguiment del seu resultat. El fet de pensar i buscar alternatives contribueix a construir pensament, disminueix la victimització, millora l'autoestima i modifica la construcció medicalitzadora del malestar. Les decisions compartides es prenen en la fase resolutòria de l'entrevista i han de ser adequades a les característiques de cada pacient i al seu moment emocional.

PUNTS CLAU

És necessari que els sistemes sanitaris trobin camins per entendre els patrons saludables com a factors de protecció enlloc de centrar-se en els patrons de malaltia.

El concepte de curar no es limita a retornar a la normalitat allò que està alterat. També és alleujar o desbloquejar una situació o trobar noves perspectives.

El respecte a l'autonomia del pacient és un dels valors principals de la relació amb els professionals sanitaris.

7. EINES PER A L'ABORDATGE DEL PATIMENT EMOCIONAL

A continuació exposem les eines per a la intervenció en el marc de l'AP. Les diferenciem entre les eines "bàsiques" que apliquem habitualment en el treball assistencial i d'altres més innovadores que s'estan desenvolupant els últims anys en el nostre país i en d'altres. Totes elles són a l'abast dels professionals de l'AP. Les eines que hem anomenat «bàsiques» tenen a veure amb l'actitud amb la que ens situem davant els problemes emocionals i davant les persones que atenem en general. Aquestes eines estan connectades amb l'essència del treball a l'AP, que és la centralitat del pacient, i amb les habilitats comunicacionals. Les eines més innovadores com la medicina narrativa, la indicació de no-tractament, la prescripció social i les intervencions grupals comencen a ser aplicades en el nostre entorn, tot i que estan sustentades en models teòrics i experiències avaluades en altres països, i sovint utilitzades per l'atenció especialitzada.

Amb aquests instruments d'intervenció, podem fer front de manera efectiva al malestar emocional en general, i en particular al relacionat amb causes socials. Ens ajuden a trobar el rol assistencial amb enfocaments i mètodes propis de l'AP, en un camp on sovint ens hem trobat perduts i en el que ens hem mogut entre el rebuig i la derivació a serveis especialitzats.

Cada eina tindrà la seva persona i el seu moment (de la mateixa manera que a vegades auscultem i a vegades palpem) en funció de la manifestació del malestar, del coneixement que tenim de la persona i del moment de la relació. Tanmateix, les diferents intervencions no són excloents, poden ser aplicades durant diferents etapes del procés assistencial. De fet, totes elles estan interrelacionades, però la seva sistematització proporciona solidesa a les nostres actuacions. Tenir-les al cap i a les mans ens donarà seguretat i augmentarà la nostra competència.

7.1. Eines bàsiques

Hem considerat com a eines bàsiques i fonamentals pel maneig del malestar emocional a la consulta d'AP: l'escolta activa i empàtica, el vincle assistencial, l'entrevista clínica, l'exploració física i la contenció terapèutica.

- **L'escolta activa i empàtica**. L'escolta és la principal habilitat mèdica i és una tasca activa. Cal escoltar el que es diu i el que no es diu, "escoltar" el llenguatge no verbal i respectar els silencis. Escoltar també atentament, amb tota la nostra presència, que inclou el contacte visual i l'actitud corporal; escoltar amb interès genuí i amb empatia, sense fer altres tasques alhora. La percepció de ser escoltada depèn més de la qualitat de l'escolta que de la durada, i té efecte terapèutic.

  L'empatia és la capacitat d'entendre la vivència i les emocions dels pacients, de fer-se càrrec (en el sentit de comprendre, no en el sentit de "ja me n'encarrego jo" o "jo em carrego") del que els està passant i comunicar-els-hi que ho hem comprès. Implica reconèixer a cadascú com una persona única, personalitzar-la en una relació de subjecte a subjecte. L'escolta empàtica també és fonamental per a la construcció d'un bon vincle assistencial.

  L'escolta empàtica del malestar emocional i la mateixa relació amb les persones consultants desferma sentiments en les professionals que poden ajudar o interferir en el maneig adequat de la situació; per tant, cal desenvolupar també una escolta "cap a dins" de les nostres emocions per fer-les conscients i aprendre a gestionar-les en benefici nostre i dels pacients.

- **El vincle assistencial**. El vincle característic de l'AP es basa en un coneixement mutu professional-pacient construït al llarg del temps (i en permanent construcció a cada visita) i en un gran coneixement de l'entorn, especialment de la família, que en el nostre context cultural té molta importància. És una relació de confiança que dóna seguretat al pacient i que permet als professionals gestionar millor la incertesa.

  Quan aquesta relació és respectuosa, lliure de violències i potenciadora de l'autonomia de la persona, és en si mateixa molt terapèutica i pot ser un instru-

ment transformador. En canvi, si la relació perpetua condicionants negatius o de poder, estereotips de gènere i és jutjadora o infantilitzadora, resulta en una nova victimització del pacient.

A més, aquesta relació assistencial pot il·luminar-se i enriquir-se amb experiències tipus "flash"[35,36], moments de contacte i comprensió emocional mútua i intensa, que augmenten la confiança i la qualitat del vincle i milloren l'eficàcia terapèutica de la pròpia relació.

- **L'entrevista clínica**. És l'eina imprescindible, no només per aconseguir la informació necessària, sinó per a la construcció del vincle assistencial i per l'efecte terapèutic que té en si mateixa. A l'AP sovint l'entrevista no es realitza tota seguida, ni en el mateix moment, ni ordenadament, sinó al llarg de molts petits moments en diferents contactes assistencials 37.

  L'entrevista més habitual a l'AP és de format semi estructurat i flexible, que integra el relat lliure amb preguntes tancades per obtenir informació concreta (veure un exemple de guia d'entrevista a persones amb problemes socials a l'annex 2). L'entrevista ha d'adaptar-se al llenguatge i al context cultural de cada individu.

  En la fase exploratòria cal explorar i identificar les emocions, pensaments i conductes que genera una determinada situació, així com les sensacions corporals que s' hi associen. També pot ser necessari explorar les relacions familiars i socials, els factors de vulnerabilitat i protectors, les estratègies de resolució que ja ha posat en marxa la pròpia persona o les expectatives i creences sobre la demanda d'ajuda. En aquesta fase, utilitzarem tècniques de recolzament narratiu en un context de baixa reactivitat: preguntes obertes, facilitacions, reflexes empàtics, repeticions, silencis. Per contribuir a establir relacions resulten útils les clarificacions, les recapitulacions i els assenyalaments.

  En la fase de resolució, es realitza el retorn i valoració del problema per part del professional, identificant els condicionants socials i la seva repercussió sobre la salut. Cal aconseguir la participació del pacient en la construcció d'alternatives i en el pla terapèutic, i si és necessari, ressituar les expectatives sobre la nostra ajuda.

- **L'exploració física**. Molt sovint el sofriment emocional s'expressa amb manifestacions físiques, i s'ha de tenir en compte que el dolor físic causa també patiment mental. Cal anar més enllà de la comprensió dicotòmica del patiment físic i mental per entendre el seu significat en cada persona. L'exploració física, a més del seu indubtable valor diagnòstic, és molt valorada pels pacients i té un gran valor terapèutic que sovint és una justificació en si mateixa. L'exploració física respectuosa, el "reconeixement" de la persona en la seva corporeïtat, permet tranquil·litzar, asserenar, legitimar el patiment, reconèixer i acceptar l'altre i reforçar el vincle. Tanmateix, ofereix un moment únic d'entrada a la intimitat (sovint no només física, sinó també emocional), de molt valor per a la comprensió global de la persona.

  De la mateixa manera, el contacte físic ocasional (agafar la ma, tocar l'espatlla), oportú i respectuós, tenint en compte els patrons culturals, pot ser molt útil per expressar emocions, consolar o acompanyar.

- **La contenció terapèutica**. És la capacitat de rebre, tolerar i acompanyar les emocions (dolor, angoixa, desesperació, ràbia, confusió, temor) de les persones consultants, sense rebutjar-les ni jutjar-les, ni passar directament a l'acció. Es tracta d'exercir com a continent de sentiments sovint mal tolerats, evitats o rebutjats, que pel fet de ser escoltats "sense que passi res" es tornen menys poderosos.

  Per tant, cal un context de baixa reactivitat on continguem les pròpies emocions i impulsos, evitant etiquetar, derivar o prescriure, i ens hem de concentrar en acompanyar els sentiments. Hem de permetre també l'expressió emocional, legitimar la vivència de patiment, i verbalitzar i anomenar les emocions, en ocasions per ajornar l'acció a un moment posterior quan aquestes estiguin una mica més elaborades i es puguin orientar millor les decisions terapèutiques.

  A més, la contenció facilita aquesta elaboració de les emocions, doncs quan escoltem el relat de la persona a la consulta, aquesta mateixa també s'escolta (a vegades per primera vegada), i si nosaltres som capaços d'escoltar-ho de manera comprensiva, actuem com un mirall on veure's i entendre's millor.

  La pràctica de la contenció terapèutica és molt satisfactòria, però també difícil i complexa, per tant és molt important que no subestimem el treball que suposa, especialment davant de situacions cròniques en les que no s'espera la curació. D'altra banda, cal vigilar de no afavorir relacions de dependència, orientant l'actuació a enfortir l'autonomia i els aspectes més sans de les persones.

7.2. Altres formes estructurades de suport psicològic

Sovint, a l'AP, tenim dificultats per realitzar suport psicològic a les persones amb malestar emocional, lligades d'una banda a la sensació de manca de temps i d'una altra a la percepció de falta d'habilitats específiques (malgrat que en cap moment estem parlant d'una psicoteràpia reglada). Cal destacar que a l'AP ja fem suport psicològic de gran potencial terapèutic a través de les eines bàsiques anomenades fins ara, tot i que sovint no en som conscients o no els hi donem aquest nom.

Pot ser útil, doncs, conèixer altres pautes més estructurades de suport psicològic, entendre-les i integrar-les amb altres elements de comunicació assistencial per aconseguir una atenció centrada específicament en les necessitats de cada persona.

- **L'entrevista motivacional**[38]**.** Tot i que es va desenvolupar per impulsar modificacions de conducta, s'ha mostrat eficaç per ajudar en la presa de decisions (p ex. en dones que pateixen violència de gènere) i per millorar aspectes de la vida amb repercussions emocionals negatives. Té l'avantatge de ser un model familiar per als professionals sanitaris, que ajuda a centrar-nos en una actitud d'acompanyament respecte al procés de canvi, permetent que sigui la persona atesa qui en defineixi els objectius[39,40].

  Alguns elements d'ajut basats en el model d'entrevista motivacional són:

  - Inhibir el reflex de redirigir a la persona. No dir-li el que ha o no ha de fer. Ajudar al pacient d'una forma col·laborativa.
  - Explorar i entendre les motivacions. Valorar aspectes de la vida de les persones que poden estar afectant negativament i comprendre el per què de les actituds.
  - Escoltar amb empatia. Posar-se en la pell de l'altre, entendre la seva situació i fer-li veure que tenim aquesta actitud a persona i entendre la seva situació. Fer veure al pacient que tenim aquesta actitud.
  - Donar suport al sentit d'autoeficàcia. Potenciar aquells aspectes positius de les persones que fan que la seva salut no tingui una major afectació. *"Doncs per tot el que m'explica entenc perfectament el seu patiment, però tot i així vostè encara ho porta prou bé. Cóm ho fa això?"*

- **La tècnica BATHE**[41]**.** Tot i que existeixen diferents escoles i autors que argumenten sobre diverses maneres d'orientar les pautes de suport psicològic en AP, proposem aquesta per la seva simplicitat. L'acrònim ens servirà per tenir clar que estem fent un suport estandarditzat i amb diferents components. Aquesta tècnica es nodreix dels elements de la comunicació i l'entrevista motivacional comentats anteriorment, i tracta d'establir una pauta pel professional. És molt simple i pot ser aplicada en només uns 5 minuts de consulta:

  - B (Background): Antecedents de la persona. Causes del malestar.
  - A (Affect): Com està repercutint el problema en la seva vida.
  - T (Troubling): Què és el que més li preocupa sobre el problema. Transmetre que pot trobar solucions/ millores als problemes.
  - H (Handling): Estratègies d'afrontament. Repassar el que s'ha fet i acordar noves possibilitats.
  - E (Empathy): Mostrar empatia en tot moment.

Existeixen altres pautes i tècniques de suport psicològic, algunes de les quals s'indiquen en els apartats següents. Es recomana el coneixement d'aquestes tècniques i, en la mesura del possible, adaptar-les a la realitat de cada professional perquè puguin incorporar-se a la pràctica assistencial habitual i ajudar així al maneig del malestar emocional dels pacients[42,43,44,45].

7.3. Medicina narrativa

La medicina narrativa és un model que sorgeix als anys 90 i que consisteix en integrar al coneixement científic mèdic una comprensió més profunda de les vivències personals a través de les històries que ens expliquen les persones que atenem; prioritzant allò subjectiu, el relat biogràfic i l'aliança terapèutica.

Els processos d'emmalaltir i sanar poden ser considerats com unes narracions promulgades dins de les narratives de vida més àmplies[46]. Les persones atorguem diferents significats al binomi salut-malaltia depenent del moment vital, el trets individuals i el context sociocultural, i en funció d'aquests elaborem històries.

Els relats d'aquestes històries es fan en relació als altres, i permeten trobar explicacions a successos inesperats o incomprensibles i donar coherència i significat a l'experiència[47]. Per aquest motiu, saber interpretar i acompanyar les narratives és un acte terapèutic. De vegades també el professional ha d'ajudar a construir aquestes històries, fent contribucions, mai imposant una veritat o realitat.

La interpretació és fonamental per a l'anàlisi de la narrativa. Per poder interpretar un relat, a més del contingut, hem de posar atenció en la forma de narrar, el curs temporal, els subarguments associats, les imatges, els silencis, els gestos, les expressions, la posició corporal, el to de veu o com relaciona els símptomes amb altres esdeveniments vitals [48]. Existeixen tècniques de microanàlisi dels relats que inclouen el text, el to, les pauses, les interrupcions i la comunicació no verbal [49].

En el marc de la salut mental, la teràpia narrativa pot resultar una eina molt útil en tant que ens ajuda a construir una història amb el pacient que doni coherència a les seves vivències de salut i malaltia, afavorint un relat propi que esdevingui terapèutic o adaptatiu. No es tracta de verificar la seva història, sinó que aquesta tingui sentit per a ell [50].

7.4. Indicació de no-tractament

El concepte "indicació de no-tractament" [51], desenvolupat pel psiquiatre Alberto Ortiz Lobo, és la intervenció més representativa de la prevenció quaternària en salut mental. En la seva definició s'identifiquen dos significats contraposats: intervenir (a través de la visita o contacte amb la persona atesa) per no intervenir (indicant un no-tractament). Aquesta indicació es basa en l'ètica de la negativa: dir no de forma fonamentada perquè una intervenció amb tractament (farmacològic o no farmacològic) implica més risc que benefici. Aquesta ètica de la negativa sol anar acompanyada de l'ètica de la ignorància, és a dir, compartir que no sabem amb certesa com poden evolucionar certes situacions i que les postures intervencionistes poden implicar més danys.

La indicació de no-tractament es basa en el contacte amb la persona que consulta i l'entrevista clínica que es comparteix amb ella. També es basa en les narratives que s'han de construir, que ens aporten significat, context i perspectiva del patiment (el com, el per què i de quina manera), sense oblidar que l'entorn sociocultural és el marc per entendre aquella persona, la família, el seu entorn, el malestar i la malaltia. El seu autor [52], descriu la intervenció en sis fases. Cadascuna d'elles té uns objectius i requereix unes tasques i habilitats per desenvolupar i mantenir per part dels professionals. Alguns suggeriments per desenvolupar les habilitats de comunicació i entrevista clínica a cada una de les fases d'intervenció es poden veure a la taula 4.

Taula 4. Exemples d'intervencions segons la fase de la indicació de no-tractament

FASES	INTERVENCIONS	EXEMPLES
1. Escolta empàtica Conèixer què li passa al pacient i transmetre-li que ho estem entenent	Reflex de sentiments	*"Sembla que se sent molt insegur amb tot el que li ha passat..."* *"Veig que quan em parla de la seva dona es posa trist..."* *"I vostè es va enfadar quan el seu company no el va tenir en compte?"*
	Silenci	......
	Preguntes tancades	*"Quant temps fa que va morir el seu fill?"*
	Paràfrasis	*"Així que la seva parella l'ha deixat..."*
2. Construcció d'una versió inicial Acordar de forma conjunta, pacient-professional, una versió inicial	Clarificacions	*"Què significa per vostè sentir-se malament?"* *"Què vol dir quan diu que necessita ajuda?"*
	Recapitulacions	*"Així que des de que el seu fill va marxar i es va quedar sola es troba trista i sense ganes de fer res..."* *"Si no m'equivoco, vostè vol que li doni alguna medicació per millorar el seu patiment..."* *"Llavors, la seva idea és que jo l'aconselli sobre què pot fer per afrontar el seu divorci"*

➜

FASES	INTERVENCIONS	EXEMPLES
3. Desconstrucció Desvincular el problema que ens presenta d'allò que és patològic i de la seva solució en l'àmbit sanitari	Preguntes-suggeriment	*"S'ha sentit així en altres ocasions de la seva vida? Què va passar llavors? Com ho va afrontar?"* *"Li sorprèn sentir-se tan trist per la mort del seu germà?"*
	Confrontacions	*"Em diu que està indignat amb el seu conflicte laboral, però, malgrat tot, és capaç de cuidar els seus fills i la casa, no? Què en pensa d'això?"* *"M'explica que el seu cap l'ha acomiadat inesperadament però ja m'havia explicat diversos enfrontaments previs, no?"*
	Meta-comunicacions	*"Em sembla que decebré les seves expectatives, però penso que ni jo ni ningú podrà solucionar el seu malestar de forma immediata, com ho veu vostè?"* *"Crec que vostè pensa que jo podré fer desaparèixer el seu patiment gairebé de forma màgica, però no tinc aquesta capacitat, com ho veu vostè?"*
	Interpretacions	*"M'explica que està molt trist per la mort del seu pare, però em pregunto si el problema no serà també que no acaba de permetre's sentir-se així"* *"Tinc la sensació que, més enllà de la frustració que té amb la feina, els seus pares no se n'adonen de tot el que està patint i no sap com els hi ha de transmetre"*
4. Resignificació Co-construir una nova versió en la qual: • La problemàtica que es planteja quedi vinculada al seu context quotidià saludable • La càrrega emocional estigui legitimada i normalitzada • El rol de malalt/a canviï a un de més actiu i independent	Interpretacions	*"Sembla que aquesta tristesa que sent per la mort del seu pare és reflex que l'estimava i de la bona relació que tenien"* *"Tinc la sensació que tota la indignació que sent pel maltractament que està patint a l'empresa l'està ajudant a enfrontar-s'hi i a poder denunciar-los"* *"Crec que ara està travessant el túnel i encara necessitarà un temps per tornar a veure la llum"*
	Reforços	*"Encara que ho està passant malament, manté intacta la seva capacitat per demanar ajuda i per això està vostè aquí. No cal que segueixi ara cap tractament, aquesta capacitat que té l'ajudarà a comptar amb el recolzament de la gent més propera a vostè"*
	Donar informació	*"Perdre la gana quan passa algun esdeveniment vital com el que li ha tocat viure és molt esperable"* *"Sentir-se molt trist quan mor algú molt proper i especial com la seva dona sembla sensat i necessari, quina és la seva opinió?"*
5. Tancament Acomiadar-se deixant la porta oberta a noves consultes	Reforços	*"Crec que ha estat útil que haguem pogut aclarir en aquesta entrevista la naturalesa del seu patiment"*
	Donar informació	*"No precisa cap tractament ni és necessari que el vegi cap psicòleg, malgrat tot, si en les properes setmanes es troba pitjor, vingui a veure'm i revisarem com va tot"*

Font: Elaboració pròpia a partir del article de Ortiz-Lobo y Sobrado de Vicente [52]

En la indicació de no-tractament, els psicofàrmacs o la psicoteràpia no estarien indicats. En alguns contextos, l'ús de benzodiazepines es podria utilitzar per un temps limitat per afavorir la normalització de la vida (per exemple, per ajudar a descansar).

Aquest model d'atenció dels malestars de la vida que s'atenen a la consulta d'AP, té en compte la nostra responsabilitat professional de no rebutjar consultes degudes a malestars vitals per considerar-les inadequades (*"això no em toca"*) sinó assumir-les, donar resposta i poder argumentar les no-intervencions (farmacològiques i no farmacològiques).

El missatge transmès en la indicació de no-tractament és que la persona està sana, que té suficients recursos per afrontar la situació que està vivint i que, per tant, no precisa tractament. No obstant, es poden indicar mesures saludables si es pensa que se'n pot beneficiar (exercici, higiene de la son). Aquestes recomanacions atorguen a les persones major protagonisme, responsabilitat i autonomia en la seva millora. Igualment, si cal, se li poden suggerir altres alternatives per resoldre el seu problema: serveis socials, sindicats, advocats, etc.

7.5. Prescripció Social

L'anomenada "prescripció social" és un concepte relativament nou que apareix sobretot en el món anglosaxó, a finals del segle XX i principis del XXI. Fa referència a la capacitat dels sistemes sanitari i social per promoure l'accés a recursos de suport de la comunitat per atendre problemes diversos i per promoure la salut. És una manera formal i institucional d'establir lligams entre individus i comunitat amb una visió holística del concepte de salut biopsicosocial[53,54].

Tot i que el terme "prescripció" normalment sempre s'ha vinculat a un fàrmac o medicament, qualsevol acte d'un professional sanitari o social que impliqui una intervenció per millorar la salut es pot anomenar "prescripció", i és en aquest sentit que s'utilitza aquest terme. Alguns professionals prefereixen parlar de "recomanacions" per intentar evitar associar "prescripció" amb medicalització. En qualsevol cas, mantenim aquesta terminologia perquè és la més estesa i la que dóna peu a l'evidència existent sobre aquest tipus d'intervencions en la actualitat.

Existeixen experiències en alguns països (Regne Unit sobretot), en què la prescripció social està integrada a l'Atenció Primària a través de vincles entre el sistema sanitari i el sistema social que ajuden a enfortir els lligams amb la comunitat[55]. En aquest sentit, es considera la potencialitat terapèutica de la comunitat i la possibilitat de contribuir a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia a través d'elements de la cultura, l'oci, l'educació, l'ocupació laboral i l'entorn ambiental. La prescripció social s'ha utilitzat per a problemes de malestar emocional o psicològic, però també per a situacions d'aïllament social o de problemes de dependència[56].

El potencial benefici de la prescripció social radica en l'efecte sobre la salut de la sociabilitat i l'activitat desenvolupada en l'àmbit de la comunitat. En alguns casos l'activitat pot ser individual, tot i que pot tenir una evident repercussió en la comunitat, com en el cas dels diferents tipus de voluntariat (veure taula 5).

Taula 5. Exemples d'activitats de prescripció social

ACTIVITATS INDIVIDUALS	ACTIVITATS GRUPALS
Voluntariat com a cuidador/a	Taller de teràpia ocupacional
Voluntariat com a pacient expert	Grup excursionista
Voluntariat com a agent social	Cant coral

Font: elaboració pròpia

Les possibilitats que ofereix la comunitat són diverses, com activitats esportives, tallers ocupacionals, grups culturals o altres. Els professionals sanitaris tradicionalment estem acostumats a recomanar l'activitat física pels seus efectes beneficiosos a nivell cardiovascular i més recentment també pels seus beneficis sobre el benestar emocional. En canvi, no es té en compte el benefici per a la salut que altres activitats en la comunitat poden proporcionar. En aquest sentit, és important assenyalar l'evidència existent sobre la importància de la percepció de suport social per a la salut. Fins i tot existeix evidència de la relació entre mortalitat i suport social[57] i de l'efecte modulador del suport social sobre el malestar emocional[58]. És per això que, tot i no conèixer encara del tot per quins mecanismes resulta beneficiosa la prescripció social, els seus indubtables beneficis impliquen la necessitat de poder treballar amb aquesta visió.

La prescripció social pretén millorar l'estat emocional de les persones i col·lectius, afavorint la seva partici-

pació en programes i fòrums comunitaris. Hi ha estudis d'implantació de la prescripció social en diverses poblacions com famílies monoparentals, gent gran, persones en dol, persones que han emigrat recentment i persones amb limitacions funcionals. Disposem d'evidència d'efectes positius per a la salut en persones amb alteracions de l'estat de l'ànim, amb híper-freqüentació als serveis sanitaris i amb trastorns mentals crònics. El efectes positius descrits, encara que no ben avaluats, van en la línia de disminuir l'aïllament i afavorir la interacció i el suport social, millorar l'estat d'ànim i les habilitats comunicatives mitjançant la participació de les activitats en la comunitat.

És important que la prescripció social o de recursos i activitats comunitàries no sigui un exercici impositiu ni vertical, hauria de ser una eina per enfortir les persones i la comunitat. D'aquesta manera, si el personal sanitari orienta com accedir i utilitzar els actius i recursos comunitaris des de la pròpia consulta, afavoreix una atenció clínica més contextualitzada, més orientada a la salut i menys medicalitzadora de la vida quotidiana

Per poder dur a terme aquest tipus d'activitat es preconitza la necessitat d'elaborar l'anomenat mapa de recursos socials de la comunitat[59]. En el nostre entorn i a Catalunya, existeixen diferents experiències de prescripció social des de l'AP amb la participació de l'atenció sociosanitària i de les xarxes socials. Alguns dels projectes pilot de prescripció social (veure annex 3) s'inclouen en el marc del Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP) de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT)[60].

Per realitzar la tasca de prescripció social de forma adequada s'han de prioritzar una sèrie de recursos entre els disponibles a la comunitat. Una vegada identificats els recursos, els passos a seguir són els següents:

- Realitzar un acord previ amb la persona responsable del recurs que actuarà acollint al pacient .
- Informar a tot l'equip d'atenció primària dels recursos disponibles per prescripció social i el circuit a realitzar.
- En cada cas, pactar amb la persona el recurs més adient.
- Explicar clarament el recurs i la persona de referència per a l'acolliment.
- Avaluar amb posterioritat conjuntament amb el pacient l'adequació de la derivació

Per aquesta avaluació, a més de criteris clínics, podem utilitzar també instruments per mesurar aspectes com ara la qualitat de vida o la percepció de suport social.

7.6. Intervencions grupals i grups terapèutics

Les intervencions grupals i grups terapèutics ens ajuden a millorar l'estat de salut de les persones, sobretot en les situacions de vulnerabilitat social i emocional (problemes de salut mental, aïllament social, atur). Els grups terapèutics fomenten la xarxa social i poden transformar els problemes individuals en vivències col·lectives.

Hi ha diferents tipus de grups:

- **L'educació grupal o col·lectiva**, que es defineix com una sèrie de sessions programades, dirigides a un grup de persones, usuaris o col·lectius, amb la finalitat de millorar les seves capacitats per abordar un determinat problema o tema de salut. També s'inclouen intervencions dirigides a col·lectius de la comunitat per augmentar la seva consciència sobre factors socials, polítics i ambientals que influeixen en la salut.

- **Els grups psicoeducatius**. És un tipus d'educació grupal dirigida a millorar la salut mental dels individus-grups. Es treballa l'autoconeixement, la relació entre els símptomes somàtics i el patiment mental, els estils de vida saludables i les tècniques de relaxació, entre altres. Poden ser dirigits-dinamitzats per un professional sanitari de l'equip o per professionals de suport que tinguin habilitats i coneixements metodològics sobre el grup amb el qual treballar. S'aconsella comptar amb dos terapeutes per treballar amb cada grup, un dirigint la dinàmica i l'altre fent d'observador.

Altres tipus de grups dins de la comunitat que es poden utilitzar com a eina terapèutica a l'AP són:

- **Els grups d'ajuda mútua** (GAM). Els GAM desenvolupen formes horitzontals d'ajuda recíproca, creant un espai d'auto-cura i d'auto-atenció. El grup es construeix sobre la història compartida d'un mateix problema. Els GAM funcionen sense professionals. Des de l'AP es pot informar de la seva existència o suggerir la participació en aquests grups. Aborden diferents situacions vitals com conviure amb malalties cròniques (ex: esclerosi múltiple), problemes psicosocials (dol, soledat, pèrdua o problemàtiques amb els fills) o problemes estructurals (atur, marginació, minories ètniques, afectats per l'hipoteca...).

- **Les associacions de salut**. Estan formades habitualment per familiars, a vegades també per afectats, i per professionals. En alguns casos els professionals són els fundadors i/o dirigents. I sovint es financen mitjançant subvencions públiques i/o privades. Hi ha risc d'utilització d'aquestes entitats en funció d'interessos privats o polítics.

Dins de l'àmbit del treball social podríem parlar de: grups socioterapèutics, grups socioeducatius, grups d'acció social i grups d'ajuda mútua [61]. Des de l'Educació per la Salut [62], es fa la següent classificació: grups de teràpia, grups d'autoajuda, grups d'aprenentatge i grups de col·laboració.

Els grups terapèutics poden abordar aspectes que no es treballen en les intervencions individuals:

- redueixen el sentiment de soledat i singularitat
- augmenten l'autoestima i seguretat a través de la participació activa en el grup
- faciliten l'aprenentatge a partir de les relacions interpersonals
- ajuden a integrar els canvis des de l'experiència
- fomenten les habilitats socials i l'autoconeixement

Les situacions de necessitat i d'exclusió tendeixen a aïllar a les persones, sovint arribant a trencar els llaços d'unió i protecció amb els altres. L'aïllament, la solitud, la vergonya, la sensació de pèrdua de poder i de control sobre la vida o la disminució de l'autoestima solen acompanyar els processos d'emmalaltir i les situacions de vulnerabilitat. És per això que la intervenció grupal es descriu com l'estratègia professional ideal per contrarestar els símptomes derivats de les pèrdues i altres experiències traumàtiques [63], per palliar la solitud i superar l'aïllament [64].

Els grups afavoreixen l'expressió d'emocions i sentiments, desenvolupen la capacitat d'escolta, de pensar, d'analitzar les situacions i els conflictes [65]. L'experiència de grup proporciona el poder de la presa de consciència sobre les pròpies situacions de vida [66] i ajuda els participants a incorporar relacions i experiències positives per utilitzar fora d'aquest [67]. Per tant, és també una plataforma per a l'enriquiment de la xarxa de relacions socials [68].

L'adquisició de competències i habilitats es destaca també com un altre dels factors que possibilita el canvi en la intervenció grupal [68]. Els participants d'un grup desenvolupen coneixements i habilitats per fer front amb més potencial als problemes socials, a les transicions de desenvolupament i a les crisis vitals [69]. També cal tenir en compte que per als professionals de la salut, l'experiència del treball amb grups esdevé enriquidora, ja que ofereix una visió dels pacients i de les seves necessitats en relació als altres, més enllà de les visites a les consultes.

PUNTS CLAU

Hi ha diferents instruments per fer front de manera efectiva al malestar emocional relacionat amb causes socials tot evitant la medicalització.

Les eines bàsiques per a l'abordatge del malestar emocional són: l'escolta activa, l'entrevista clínica, el vincle assistencial, l'exploració física i la contenció terapèutica.

Els professionals, per nosaltres mateixos, tenim un important potencial terapèutic.

Ens hem de formar i mantenir les habilitats per aplicar les eines bàsiques que ens són pròpies.

Interpretar i acompanyar els pacients en les seves narratives és un acte terapèutic.

La indicació de no tractament es basa en l'entrevista i la construcció de significats que defugen la medicalització.

La prescripció social disminueix l'aïllament, afavoreix la interacció social i millora l'estat d'ànim.

Les intervencions grupals poden abordar aspectes que és millor treballar-los en un context col·lectiu.

8. IDEES PER A LA RECERCA

A continuació es detallen algunes idees que podrien servir per a la recerca i poder així ampliar el coneixement d'alguns dels aspectes comentats en aquest document.

8.1. Pistes per la a recerca en el concepte d'emmalaltir i demandes assistencials

- Percepció del concepte de salut biopsicosocial per part dels professionals i dels usuaris d'AP.
- Percepció de la idoneïtat del concepte de malestar emocional a l'AP per part dels professionals.
- Valoració d'actituds i habilitats envers el maneig del malestar emocional per part dels professionals de l'AP.
- Coneixement dels pacients i els professionals d'AP de l'impacte de la crisi econòmica en el malestar emocional.
- Variables que influeixen en la percepció del malestar emocional en el context de crisi econòmica.
- Valoració per part dels professionals d'AP de la idoneïtat de les classificacions de malalties mentals en la pràctica assistencial. Plantejar si seria necessària una classificació pròpia per a l'AP.
- Relació entre hiperfreqüentació en AP i demandes assistencials.
- Variables que influeixen en la hiperfreqüentació de pacients amb malestar emocional.

8.2. Pistes per a la recerca en eines de maneig del malestar emocional en atenció primària

Pel que fa a les eines per al maneig del malestar emocional, proposem pistes de recerca en les diverses possibilitats terapèutiques: **en suport psicològic, en prescripció social i en teràpia grupal:**

- Quina és l'efectivitat i l'eficiència del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal en la depressió i altres trastorns emocionals i mentals.
- Quin tipus d'activitats de suport psicològic, prescripció social i teràpia grupal resulten més eficients i per a quin tipus de problemes.
- Comparació de l'efectivitat del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal per a trastorns de salut emocional i d'altres amb afectació emocional en relació a altres tractaments habituals.
- Percepció de l'efectivitat del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal per part dels diferents tipus de professionals (metges, infermers, treballadors socials).
- Percepció de l'efectivitat del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal segons el perfil dels professionals (més o menys empàtic, més o menys sensible al patiment emocional). Veure quin perfil es més efectiu per abordar aquests problemes.
- Acceptabilitat del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal per part dels usuaris en comparació amb altres tipus de tractaments.
- Impacte del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal pel malestar emocional en els problemes crònics de salut física.
- Impacte del suport psicològic, la prescripció social i la teràpia grupal pel malestar emocional en els estils de vida i en concret en hàbits saludables (alimentació, exercici físic, no consum de substàncies...).
- Cost-efectivitat i cost-utilitat de diferents intervencions de suport psicològic, de prescripció social i de teràpia grupal (valoració d'impacte en resultats de salut i de qualitat de vida).

ANNEX 1.
MODEL D'ACTIUS PER A LA SALUT (MODEL SALUTOGÈNIC)

Segons l'oficina europea de la Organització Mundial de la Salut (OMS) per a la inversió en salut i desenvolupament, els "actius de salut" són els recursos als quals tenen accés les persones i les comunitats, que protegeixen i/o promocionen estats de salut. Aquests actius poden ser recursos socials, financers, físics, mediambientals o humans. A la taula 1 poden observar-se alguns dels principis globals d'aquest model tal i com apareixen resumits en un manual de referència sobre salutogènesi i actius per a la salut, editat per la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Taula 1. Principis globals del Model d'Actius per a la Salut [29]

MODEL D'ACTIUS
Centrada en els factors de protecció i promoció de la salut positiva per a la creació de salut més enllà de la prevenció de la malaltia.
Ajuda a reconstruir el coneixement existent i a reunir nou coneixement per facilitar la promoció dels enfocaments per a la salut positiva, el benestar i el desenvolupament.
Promou un enfocament del curs vital per comprendre els actius clau a cada fase clau de la vida.
Se centra en la necessitat d'implicar a comunitats en tots els aspectes del procés del desenvolupament de la salut.
Reconeix que molts dels actius clau per generar salut es troben en els contextos socials de les vides de les persones, i per tant té l'oportunitat de contribuir a equilibrar les desigualtats en salut.

Els actius per a la salut inclouen tres nivells: persona, comunitat i organització/institució. Un inventari d'actius de salut inclouria, com a mínim, el següent:

- **Persona:** competència social, resistència, compromís amb l'aprenentatge, valors positius, autoestima i voluntat.
- **Comunitat:** xarxa (de recolzament) de familiars i amics, solidaritat intergeneracional, cohesió comunitària, grups afins, tolerància religiosa i harmonia.
- **Organització/institució:** recursos mediambientals necessaris per promocionar la salut física, mental i social, seguretat laboral, habitatges segurs i agradables, democràcia política i oportunitats de participació, justícia social i foment de l'equitat.

Abans de començar a identificar els actius per a la salut en un entorn determinat cal contestar a la pregunta de per què volem conèixer els actius. És un error freqüent generar un catàleg/inventari de recursos en una pàgina web i no vincular-los a cap intervenció de salut. És fonamental contextualitzar aquesta identificació d'actius dins d'un projecte determinat. Treballar amb els actius de la salut dins i fora de la consulta suposa conèixer les riqueses personals, familiars i socials de la persona que tenim al davant, i també conèixer quines riqueses i actius té la comunitat per vincular el seu problema amb un recurs/actiu de la comunitat que el pugui ajudar [70]. També cal un desenvolupament de la salut comunitària fora de la consulta, de manera que els recursos comunitaris que tenen una funció important en la salut poblacional (ajuntament, educació, associacions, moviments ciutadans, serveis socials) tinguin major protagonisme.

La comunitat té un paper clau per identificar actius. Un recurs que genera salut és aquell que la comunitat assenyala i defineix com a element que millora el benestar individual, grupal o social.

El desenvolupament d'un model d'actius es basaria en:

- Identificació de factors de protecció i promoció de la salut que actuïn junts per fomentar salut i benestar, i opcions polítiques necessàries per construir i mantenir aquests factors.
- La promoció de la població com a coproductora de salut.

- Reforç de les capacitats de les persones i comunitats per materialitzar el seu potencial i contribuir al desenvolupament de la salut.

- Contribució a un desenvolupament social i econòmic més equitatiu i social.

El model d'actius també inclou el concepte de mapa d'actius [71], com una forma de promocionar la implementació efectiva de polítiques basades en l'equitat, mesurant la capacitat d'una comunitat per involucrar-se en activitats de desenvolupament de salut.

Aquest model contempla un enfocament multidisciplinari d'avaluació d'intervencions complexes, creant un conjunt d'indicadors "salutogènics" per mesurar l'efectivitat d'aquestes intervencions en diferents contextos:

- Des d'un model de prevenció de malalties, que se centra en la morbiditat i la mortalitat, cap a un enfocament que abasta salut i benestar general.

- Des d'un model centrat en la malaltia cap a un model dinàmic múltiple de salut i els seus determinants.

- Des d'intervencions individuals cap a intervencions comunitàries o a nivell de sistema.

- Des d'un destinatari més passiu dels programes sanitaris cap a un model de participació pública més actiu en salut.

- El marc d'avaluació del model d'actius incorpora una anàlisi de les diferents perspectives de les parts interessades i aborda la necessitat de realitzar preguntes no només sobre el que funciona, sinó per a qui i en quines circumstàncies.

El model d'actius posa èmfasi en la necessitat de reforçar les comunitats locals i, mitjançant el desenvolupament del mapa d'actius, promou l'apoderament de la comunitat, fomenta les capacitats personals a través d'un enfocament salutogènic del desenvolupament sanitari, i crea entorns de recolzament, ajudant a identificar els actius clau que generen condicions de vida segures, estimulants, satisfactòries i agradables.

A més, intervé sobre la salut pública i pot ajudar a reconsiderar la conceptualització de la idea de salut per augmentar la disponibilitat de recursos de les persones, i oferir mecanismes per garantir polítiques i programes dirigits a abordar les desigualtats sanitàries. També per valorar l'eficàcia de les organitzacions socials en la seva contribució al benestar general de les comunitats de les quals formen part.

ANNEX 2.
GUIA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Per a consultes de persones que manifesten malestar relacionat amb problemes o pèrdues econòmiques i/o socials en el marc de l'AP (Elaborat per l'Equip d'Atenció Primària Montornès-Montmeló).

L'entrevista semiestructurada no és un qüestionari, ni una escala. És, segons Borrell [37], una seqüència d'intervencions verbals i no verbals, que segueixen un ordre lògic, per abordar un problema i constitueixen una guia orientativa. L'entrevistador pot seguir o no la línia de treball proposada, pot canviar l'ordre o posposar per a una altra entrevista algunes qüestions, sempre en funció de la persona que té al davant, les seves necessitats, les seves característiques i el seu moment emocional. En tota entrevista hi ha la fase exploratòria i la fase de resolució.

Per a població adulta

FASE EXPLORATÒRIA

1. **Enunciació del problema:** es tracta de posar sobre la taula la problemàtica que es pateix: pèrdua de feina, sobreexplotació laboral, inestabilitat laboral, falta de mitjans per comprar aliments, pèrdua d'habitatge, atur de llarga durada....Preguntes com ara:

   - *Què li ha passat?*
   - *Està passant per alguna dificultat laboral o econòmica? Des de quan?*
   - *Hi ha problemes a casa?*

2. **Les dimensions del problema:** temps d'evolució, persones afectades (aquí cal conèixer el nucli familiar, parelles, fills, pares, altres membres de la família afectats... Possibles preguntes:

   - *Quines repercussions té la situació sobre la resta de la família?*
   - *Tenen problemes per fer front als pagaments? Risc de perdre la casa? Risc de perdre la feina?*
   - *On aniran a viure, on viuen ara?*
   - *Té les necessitats bàsiques cobertes?*
   - *Hi ha més persones afectades en el seu entorn, empresa, comunitat..?*
   - *Com afecta al seu futur immediat i llunyà?*

3. **Impacte emocional i funcional:** sensacions, emocions, idees i pensaments, conductes, relacions familiars. Indaga sobre les vivències i la resposta subjectiva. És la part de l'entrevista que ens donarà més informació sobre el patiment, la interpretació i els significats elaborats. Preguntes:
   - *Com se sent, té malestar físic, insomni, angoixa?*
   - *Té sentiments de tristesa, o culpa, o por, d'inutilitat, de fracàs?*
   - *Pensa que algú vol o li ha volgut fer mal? Pensa que algú té la culpa de tot el que li passa?*
   - *Se sent maltractat? Creu que s'ha fet una injustícia amb vostè?*
   - *Pensa que està malalt?*
   - *Des que té aquest problema ha canviat la seva conducta? Li costa sortir de casa o tornar-hi? Li costa parlar amb altres persones? Pren més alcohol del que és habitual? Pren altres drogues?*
   - *S'enfada amb freqüència? Ha tingut alguna baralla en l'entorn del conflicte: empresa, banc..?*
   - *Se sent més irritable amb la seva parella o els seu fills? Ha estat agressiu alguna vegada?*
   - *Ha canviat la relació amb la seva parella?*
   - *Com afecta el problema als seus fills? Els ho ha explicat? Tenen problemes a l'escola? Tenen problemes de conducta (drogues, delinqüència..)?*
   - *Creu que ha fet alguna cosa malament?*

4. **Valoració clínica de l'impacte emocional:** conèixer si hi ha trastorn mental anterior, antecedents de trastorns adaptatius, tipus de personalitat. En general se situarà en el terreny dels trastorns adaptatius, amb combinació d'ansietat i trastorn d'ànim amb diferents gradacions de gravetat, des de lleu a greu, com ara ansietat incapacitant, ideació o intent autolític.

   - *Se sent neguitós, li costa dormir, té palpitacions, dificultat per respirar?*
   - *Té crisi d'ansietat? Com de sovint? L'incapacita?*

- *Ha perdut la gana, o al contrari, menja més?*
- *Se sent desanimat, sense esperança?*
- *Ha perdut la il·lusió? Se sent amb forces per tirar endavant?*
- *A vegades pensa en la mort? Té ganes de morir?*
- *Ha pensat en fer alguna cosa per morir?*

5. Valoració dels recursos i estratègies de sortida que ha posat en marxa. Es tracta d'identificar i potenciar els mecanismes de resistència i adaptació utilitzats fins ara. Preguntes:

- *Fins ara, ha fet alguna cosa per resoldre el problema? Ha parlat amb els interlocutors (banc, empresa..)?, És possible arribar a algun acord?*
- *Ha demanat alguna ajuda jurídica, d'assessorament...?*
- *Hi veu alguna solució?*
- *Ha estat en contacte amb persones en situació similar, grups d'afectats...?*
- *Ha canviat la seva manera de veure les coses, les seves prioritats, la manera com vol viure en el futur?*

FASE RESOLUTÒRIA

En aquesta fase s'ajuda a elaborar el discurs sobre el què li passa i a detectar necessitats, possibilitats de suport (sanitari, social, comunitari, psicològic o psiquiàtric si cal) i d'acció per part de l'afectat.

1. Valoració i retorn per part del professional. En aquest moment es farà l'avaluació diagnòstica: problema social (diagnòstic Z) i diagnòstic clínic si n'hi ha: ansietat, insomni, depressió, consum nociu de substàncies...). Frases que es poden utilitzar:

- *Això que sent, el malestar, té a veure amb el patiment que li ocasiona la seva situació.*
- *Sembla que l'està afectant molt. O: sembla que ho està portant força bé..*
- *Té molta ansietat que li impedeix dormir... O té molt afectat l'ànim...*
- *Aquests problemes afecten a molta gent, és un problema social, vostè no és el culpable.*
- *Els seus símptomes no corresponen a una malaltia pròpiament dita.*

2. Situar les expectatives de què pot fer el sistema sanitari i els serveis socials: el paper dels fàrmacs, valorar si són necessaris.

- *Com pensa que el puc ajudar?*
- *Creu que necessita algun medicament?*
- *Ha parlat amb serveis socials?*

3. Marcar recomanacions i acordar alguna acció i canvi d'expectatives si és possible. Les recomanacions aniran dirigides a evitar o disminuir l'aïllament, evitar la medicalització, resoldre necessitats i projectar una sortida. Les recomanacions seran de tipus: Indicació de no tractament, prescripció social, prescripció farmacològica si cal, explicant el seu objectiu. En aquest moment, intentarem la implicació i el compromís de la persona en el pla d'acció que es pugui portar a terme en un procés de decisió compartida. Utilitzarem frases intencionades del tipus:

- *De tot el que li he dit, què pensa que el pot ajudar?*
- *Quedem d'acord en fer tal cosa.*
- *Quan ho farà?*

4. Valorar quin seguiment s'ha de fer depenent de la clínica i del resultat de l'entrevista: seguiment a consulta (metge o infermera) o derivació a serveis especialitzats. Aquestes decisions s'han de prendre d'acord amb el pacient, deixant sempre la porta oberta a tornar a parlar si ho desitja. En cas de persones molt afectades pot ser convenient marcar nosaltres la propera cita.

Per a població infantil

A les consultes de pediatria, també ens podem trobar que els pares consulten per malestars molt inespecífics del nens. A vegades aquests malestars poden ser fruit d'una situació familiar amb mancances o problemes econòmics i/o socials.

La guia de l'entrevista hauria de ser la mateixa que per als adults, però variant les preguntes. Aquestes preguntes també són diferents si van dirigides als adolescents o a nens mes petits.

FASE EXPLORATÒRIA:

1. Enunciació del problema:

- *Que li ha passat? Des de quan?*
- *Hi ha algun problema a casa: separació dels pares, mort o malaltia d'un familiar proper, problemes laborals del pares...?*
- *Problemes escolars: canvi d'escola, canvi de tutors..?*
- *Canvis de domicili, canvi d'amics, naixement d'un germà....?*

2. Dimensions del problema:

- *Com han afectat la vida diària els canvis que hi ha hagut?*

- *Ha baixat el rendiment escolar?*
- *Ha deixat de fer extraescolars?*
- *Han variat els amics....?*

3. Impacte emocional:

Si és un nen petit:

- *S'enfada més sovint, té rabietes, està agressiu?*
- *Té por a l'hora d'anar a dormir, té malsons?*
- *Hi ha enuresis, encopresi?*

En nens més grans:

- *Se sent culpable del problema familiar?*
- *Ha variat la manera de menjar, menja més, o al contrari ha deixat de menjar?*
- *Està trist?*

En adolescents preguntar sobre consum d'alcohol o altres drogues:

- *Prens alguna cosa per sentir-te millor?*
- *Quan surts amb els amics, què preneu?*
- *Fumes tabac o porros?*

4. Valoració de recursos i estratègies:

En cas d'adolescents podem explorar els recursos que ha posat o pot posar en marxa per canviar la situació:

- *Hi ha hagut canvi d'amistats?*
- Vas a estudiar a casa dels amics o a la biblioteca?
- *Parles amb els pares o professors dels teus problemes a casa?*

En cas de nens petits les preguntes per valorar estratègies de canvi les farem als pares. Moltes vegades als pares els costa relacionar el símptoma del fill amb la seva situació familiar o social.

ANNEX 3.
ALGUNES EXPERIÈNCIES D'INTERVENCIONS GRUPALS, PRESCRIPCIÓ SOCIAL I INTERVENCIONS COMUNITÀRIES EN EL NOSTRE ENTORN

Intervencions grupals

Grup de suport emocional a homes en situació d'atur a Barcelona.
Són grups de suport emocional a persones aturades, en general per atur de llarga durada, organitzats i impulsats per un grup de professionals psicoterapeutes (el grup "Dignitat") amb la col·laboració de CCOO i les PAH de l'Hospitalet.

Persones que han participat en aquests grups han creat una entitat estable d'ajuda mútua de persones afectades per l'atur de llarga durada (Associació DI-GAM asdigam.blogspot.com), que ha mostrat la capacitat de contenció i generació d'esperança amb un alt percentatge de membres que han pogut trobar feina, entre d'altres resultats.

Grup de suport emocional per a homes en situació d'atur al municipi de Parla, Madrid.
Grup d'homes grans en atur amb símptomes psicosomàtics. El grup està supervisat per un terapeuta del Centro Maria Langer http://www.madrid.procc.org/. Es basa en crear un grup d'iguals (homes majors en atur, amb símptomes psicosomàtics) supervisat per un terapeuta, treballant el tema de "ser homes a la nostra societat avui i no perdre la feina", "la masculinitat i les seves expectatives". Es més una intervenció comunitària que un grup psicoterapèutic.

Vídeo documental "El silencio roto": https://www.youtube.com/watch?v=RqTDCApwsis

Prescripció Social

Catalunya implanta a 16 centres de salut la prescripció social en el marc del Projecte COMSalut.
El Projecte COMSalut és una iniciativa de medicina comunitària emmarcada en el Pla de Salut 2011-2015. La Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya va incloure en la seva cartera de serveis la prescripció social, que preveu que l'atenció primària pugui indicar activitats socials en benefici de la salut dels seus pacients.

Gaceta médica. 24 de juliol de 2015.
http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/articulo.aspx?idart=925309&idcat=797&tipo=2

Prescripció Social al CAP Roquetes-Canteres, Barcelona.
En el context del Projecte COMsalut, el barri de Roquetes ha desenvolupat un pla comunitari en el qual hi participa l'equip d'atenció primària que fa prescripció social per millorar la salut dels pacients i promoure hàbits saludables.

Gaceta médica. 24 de juliol de 2015.
http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/articulo.aspx?idart=925309&idcat=797&tipo=2

Prescripció Social UGAP Sabadell Sud (PSUSS).
El projecte PSUSS va dirigit, fonamentalment, a persones aïllades amb patiment emocional, i vol ser una eina útil de prevenció primària en salut mental. Es desenvolupa en l'entorn de l'Institut Català de la Salut (ICS), i forma part del Pla comunitari del districte sisè de Sabadell. Té un caràcter col·laboratiu amb totes les entitats del districte (les associacions veïnals, l'Ajuntament i les entitats de caràcter privat). Desenvolupa les línies estratègiques del Pla de Salut de Catalunya i del Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Té el recolzament de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i la Subdirecció General de Drogodependències, que està desenvolupant un projecte de prescripció social a tot Catalunya. En el moment actual s'ha iniciat la prescripció social i s'avaluarà després d'un any d'implementació amb el recolzament del PINSAP.

Prescripció Social a l'ABS Pineda de Mar.
La prescripció social en el marc del programa comunitari "Salut mental, millor fent pinya". Es tracta també d'un Programa de Prescripció social, impulsat pel Centre d'Atenció Primària en col·laboració amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Els professionals sanitaris poden recomanar i facilitar l'apropament a les entitats ciutadanes a persones que tinguin una baixa participació social (risc d'exclusió social), amb la finalitat de potenciar la seva relació i integració.

http://www.pinedademar.org/salutmental/notici-es/20120109-prescripcio-social-a-labs-com-a-programa-pilot.htm
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/formacio_nou/formacio_continuada/activitats_formatives/area_fc/documents/arxius/jornada_aupa_2015.pdf

Altres intervencions comunitàries

Projecto ASACO: Agents de Salut Comunitària en Atenció Primària.
Es desenvolupa a les comarques del Bages i el Berguedà, i és impulsat per l'atenció primària de l'ICS i altres agents comunitaris de la zona.

El projecte té tres fases: diagnòstic comunitari, priorització i intervenció. Van prioritzar "Disminuir el risc d'aïllament social de les persones grans que viuen soles" i en aquest moment estan en la fase d'intervenció sobre el problema esmentat. Així, a Sallent es posarà en marxa en breu la iniciativa "Dinars acompanyats", impulsat conjuntament amb el Casal de la Gent Gran i amb la col·laboració de l'Ajuntament.

L'adreça del seu blog és: https://projecteasaco.wordpress.com/

https://capsallentics.wordpress.com/2016/02/17/reunio-comsalut-a-sallent/

Altres

El següents projectes, repartits per diferents punts de la geografia espanyola, són tots projectes que treballen en la comunitat amb la metodologia d'actius en salut i prescripció social o prescripció de recursos-activitats comunitàries. Molts d'ells van ser presentats a la Taula del PACAP del Congrés de la semFYC celebrat a Oviedo el 2015. Es poden descobrir i obtenir més informació a:
https://saludcomunitaria.wordpress.com/mesapacap15/

Projecte de prescripció social al Centre de Salut de Coll d'en Rebassa, Palma de Mallorca.
"La verdad está ahí fuera". Vídeo presentació:
https://saludcomunitaria.wordpress.com/mesapacap15/

Descubriendo los activos de la comunidad en Carabanchel Alto, Madrid.
"Prescripción de recursos de la comunidad, prescripción de salud. Conocer, conectar y recetar los recursos y riquezas de la comunidad" Web i vídeo presentació:
http://mapeandoporcarabanchelalto.blogspot.com.es/
https://saludcomunitaria.wordpress.com/mesapacap15/

Identificando las riquezas y las necesidades del barrio de la Cartuja, Granada.
"Un Barrio lleno de vidas". Vídeo presentació: https://vimeo.com/87011214

Mapeando el barrio Oliver, Zaragoza.
http://pacaparagon.noblezabaturra.org/2014/03/13/mapeando-el-barrio-oliver/

Activos y actividades comunitarias en Asturias. Mapeo saludable y actividades de prescripción social o prescripción de recursos o actividades comunitarias en ayuntamientos y barrios de Asturias.
Vídeo presentació de l'Observatorio de Salud en Asturias:
https://www.youtube.com/watch?v=aZ6YkUMLIWg&feature=youtu.be

BIBLIOGRAFIA

1.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015. [Consultado el 28/02/2016] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

2.- World Health Organization. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors background paper by who secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva 2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

3.- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med.2010;7(7):e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

4.- Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, Garrell-Corbera I, Rengel-Chica J, Agudo-Ugena J, Ramos A, Mendive JM. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Practice.2015;65(632):e198-e203. doi:10.3399/bjgp15X684025.

5.- Fernández de Sanmamed MJ, Casado de Rocha A. Los efectos de la crisis sobre la salud mental. El caso del suicidio: ¿realidad o mito?. En: Victor Grifols i Lucas. Ética y salud pública en tiempos de crisis. Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas;2014. Cuaderno 32. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: https://www.upf.edu/cres/_pdf/cuaderno32.pdf

6.- Foot J. What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation.2012. ISBN 978-1-907352-05-8. [Consultado 28/02/ 2016] Disponible en: http://www.assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/wmuh.pdf

7.- Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. Int J Equity Health.2013;19(12):54-66. doi: 10.1186/1475-9276-12-54.

8.- McPherson KE, Kerr S, Morgan A, McGee E, Cheater FM, McLean J, Egan J. The association between family and community social capital and health risk behaviours in young people: an integrative review. BMC Public Health.2013;13:971-84. doi:10.1186/1471-2458-13-971.

9.- Castells M. La era de la información (Vol. 1): Economía, Sociedad y Cultura. La sociedad red. Barcelona: Alianza Editorial;2005.

10.- Moya J. La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. Rev Asoc Esp Neuropsiq.1999; 19(72):693-702.

11.- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut: efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya;2014.

12.- Gili M, García Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit.2014;28:104-8.

13.- Rico A, Blakey E. El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. En: Martín Patino JM, Blanco A, Chueca A, Bombardieri G, Herreros T, Manzanero B (edits). Una interpretación de la realidad social. Informe 2012. Madrid: Fundación Encuentro;2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://docplayer.es/5995437-Informe-espana-una-interpretacion-de-su-realidad-social-fundacion-encuentro.html

14.- Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, Spencer N. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. Int J Equity Health.2015;14:95. doi: 10.1186/s12939-015-0236-1

15.- Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de Salud Mental.2005;5(21):39-53.

16.- Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, García AM, Martínez JM, Benavides FG. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work?. Int J Public Health.2013;58(4):627-31.

17.- Vicent L, Castro C, Agenjo A, Herrero Y. El desigual impacto de la crisis sobre las mujeres. FUHEM. Madrid: FUHEM;2013. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Dossier/dossier_El-desigual-impacto-de-la-crisis-sobre-las-mujeres.pdf

19.- Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya. L'impacte de la crisi en les persones grans: 3r estudi. Barcelona: Creu Roja;2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/serveis-socials/observatori-social-de-la-ciutat-de-tarragona/fitxers/imatges/tercer-informe-creu-roja

20.- AGE Plataforma Europea. La gent gran també pateix els efectes de la crisi. AGE. Plataforma Europea;2012. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/OlderPeopleAlsoSufferBcOfTheCrisis-Catalan_translation.pdf

21.- Isern L, Fernández de Sanmamed MJ, Boixadera E. Projecte de suport a persones afectades emocionalment per la crisi: disseny dÐuna intervenció en xarxa. Fundació Congrés Català de Salut Mental;2014. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: https://focap.files.wordpress.com/2014/11/projecte-intervencic3b3-en-xarxa-10.pdf

22.- Isern L. Grups de suport emocional: restitució de la dignitat i dels vincles grupals a persones en atur de llarga durada. PlataformaSM [Blog en internet]. Posted 18/03/2015.
[Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.plataformasalutmental.cat/grups-de-suport-emocional-restitucio-de-la-dignitat-i-dels-vincles-grupals-a-persones-en-atur-de-llarga-durada/

23.- Tizón J. Una visión diferente de la salud mental. www.herder editorial.com;2012. [video en Youtube]. [Consultado 10/02/2016] Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=fW-WVLOgWXw

24.- Angell M. The Epidemic of Mental Illness: Why?. The New York Review of Books.2011. [Consultado 10/02/2016] Disponible en: http://www.nybooks.com/articles/archives/2011/jun/23/epidemic-mental-illness-why/

25.- Vispe A, Valdecasas J. Diagnóstico psiquiátrico e investigación: una relación problemática. Postpsiquiatría [Blog en internet]. Posted 21/10/2010. [Consultado 06/01/2016] Disponible en: http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2010/10/diagnostico-psiquiatrico-e.html

26.- Infocop. Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y el CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en la salud mental. [Blog en internet]. Posted 24/05/2013. [Consultado 15/01/2016] Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4586

27.- Leon-Sanromà M, Mínguez J, Cerecedo MJ, Téllez J. Ens passem al DSM-5? Un debat amb implicacions clíniques, socials i econòmiques. Aten Primaria. 2014;46(1):4-5.

28.- Retolaza A. El territori del malestar. Átopos. 2008;7:13-25.

29.- Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP Nº51. Escuela Andaluza de Salud Pública.2013. ISBN: 978-84-695-7462-1.
[Consultado 15/01/2016]. Disponible en: http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/

30.- Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. Ann Fam Med.2005;3(4):318-3.

31.- Pérez-Franco B, Turabian-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria?. Aten Primaria.2006;37(1): 37-9.

32.- Gérvas J, Pérez-Fernández M. La expropiación de la salud. Barcelona: Los Libros del Lince;2015.

33.- Simón P. Diez mitos entorno al consentimiento informado. An Sist Sanit Navar.2006;29 (Supl.3):29-40.

34.- Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. Annals of Family Medicine.2011; 9(2):100-3. doi:10.1370/afm.1239.

35.- Balint E, Norell J.S. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires: Paidos;1979.

36.- Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma;1988.

37.- Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias prácticas. Barcelona: semFYC;2014. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/EntrevistaClinica/

38.- Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. Ann Fam Med.2014;12(3):270-5. doi: 10.1370/afm.1615.

39. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing?. Behavioural and Cognitive Psychotherapy.1995;23:325-34. doi: http://dx.doi.org/10.1017/S135246580001643X.

40.- Miller WR, Rollnick S. Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. Behavioural and Cognitive Psychotherapy.2009;37:129–0.

41.- Lieberman JA, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counselling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. Prim Care Companion J Clin Psychiatry.1999;1(2):35–8.

42.- Campo MA, Llor JL, Alsinella S, Torras A, Rodríguez P. Catàleg d'actuacions no farmacològiques en salut mental a l'atenció primària. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut.2011. [Consultado 28/02/2016] Disponible en :
http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/Cataleg%20act%20No%20farmacologiques.pdf

43.- Salazar J, Sempere E. Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria. Generalitat. Conselleria de Sanitat.2012. ISBN: 978-84-482-5521-3 [Consultado 28/02/2016] Disponible en:
https://consaludmental.org/publicaciones/Malestaremocionalmanualpractico.pdf

44.- Ortíz Lobo, A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. Átopos. 2008.26:26-35.

45.- Díaz González CL. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. 2008. ISBN
978-84-691-4765-8 [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf

46.- Greenhalgh T. Narrative based medicine. Why study narrative?. BMJ.1999.318(7175):48-50.

47.- Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. Rev Hosp Ital B Aires.2006;26(1):14-9.

48.- Charon R. Narrative and Medicine. NEMJ. 2004;350(9):862-5.

49.- Elwin G, Gwyn R. Narrative based medicine. Stories we hear, stories we tell: analysing talk in clinical practice. BMJ.1999;318(7177):186-8.

50.- Launer J. Narrative based medicine. A narrative approach to mental health in general practice. BMJ.1999;318(7176):117-9.

51.- Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Colección Salud Mental Colectiva. Madrid: Grupo 5; 2013.

52.- Ortiz-Lobo A, Sobrado de Vicente-Tutor AM. El malestar que producen los problemas de la vida. AMF.2013;9(7):336-72.

53.-Bradling J, House W. Social Prescribing in general practice: adding meaning to medicine. Br J Gen Pract.2009; 59(563):454-56.

54.- Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J. Social prescribing for mental health. A guide to commissioning and delivery. Care Services Improvement Partnership;2008. [Consultado 28/02/2016] Disponible en: http://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf

55.- Brandling J, House W. Investigation into the feasibility of a social prescribing service in primary care: a pilot project. Other. University of Bath and Bath and North East Somerset NHS Primary Care Trust.2007. [Consultado 07/03/2016] Disponible en: http://opus.bath.ac.uk/22487/

56.- Grayer J, Cape J, Orpwood L, Leibowitz. Facilitating access to voluntary and community services for

patients with psychosocial problems: a before-after evaluation. BMC Fam Pract.2008;9:27.

57.- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoSMed.2010;7(7):e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316.

58.- Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, Garrell-Corbera I, Rengel-Chica J, Agudo-Ugena J, Ramos A , Manuel Mendive J. Effects of the economic crisis and social suport on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Pract.2015;65(632):e198–e203.

59.- Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta Sanitaria.2013;27(2):180-3.

60.- Agència de Salut Pública de Catalunya. La prescripció social, una de les claus per superar i prevenir els trastorns psiquiàtrics. [Blog internet]. Posted 2014. [Consultado 19/02/2016]. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/actualitat_del_pinsap/la-prescripcio-social-una-de-les-claus-per-superar-i-prevenir-els-trastorns-psiquiatrics/

61.- Rossell T. El grupo socioterapéutico. Revista Trabajo Social Salud.1995;21:10-1.

62.- Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos;2001.

63.- Silvestre M, Royo R. Escudero E. El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social. Universidad de Deusto (ebook). Deusto Digital;2014.ISBN 9788415759461

64.- Larkin M. Group support during caring and post-caring: the role of carers groups. Groupwork. 2007;17(2):28-50. doi: 10.1921/196213.

65.- Rosell T, Beneria R. Trabajo Social con grupos de personas usuarias de los servicios de bienestar social. Trabajo social y salud.2013;75: 67-94.

66.- Parra-Ramajo B. Estudio sobre los factores de cambio en grupos socioeducativos de familias de acogida extensa. Portularia.2012;12(Nº extra):131-9. doi:105218/prts.2012.0014.

67.- Alissi AS. The Social Group Work Tradition: Toward Social Justice a Free Society. Social Group Work Foundation Occasional Papers.2001.Paper 1. [Consultado 07/03/2016]. Disponible en:
http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=sw_op

68.- Sands RG, Solomon P. Developing educational groups in social work practice. Social Work with Groups.2004;26(2):5-21.

69.- Conyne RK, Dye HA, Kline WB, Morran DK, Ward DE, Wilson FR. Context for revising the Association for Specialists in Group Work training standards. Journal for Specialists in Group Work.1992;17(1):10-1.

70.- Turabián J, Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria-atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria [Internet].2011. [Consultado 11/02/2016] Disponible en: http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=088

71.- Suárez O, Arguelles M, Alquézar L, Aviño D, Botello B, Calderón S, Cofiño R et al. Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos?. Cuadernos de Pediatría Social.2015;21:12-4.